جامعة القاهرة
معهد الدراسات والبحوث التربوية
قسم الإرشاد النفسي

التدخل المبكر وعلاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون
دراســـة إرتــقائـــية

من إعداد الطالبة
سماح نور محمد وشاحي

للحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص إرشاد نفسي

الأستاذ الدكتور
علاء الدين أحمد كفافي
أستاذ بمعهد الدراسات التربوية
جامعة القاهرة

فاروق سيد عبد السلام
أستاذ بمعهد الدراسات التربوية
جامعة القاهرة

٢٠٠٣ م

بسم الله الرحمن الرحيم

اللهم لك الحمد على ما خصصتنا به دون سائر عبادك من جزيل النعم فهديتنا بأفضل رُسللك محمد صلوات الله عليه وتسليماته وأنزلت عليه القرآن خير كتبك وجعلتنا خير أمة أخرجت للناس.

عرفاناً بالجميل أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أساتذتي الكرام الذين أولوني شرف الإشراف على الرسالة فأشكر أستاذي أ.د./ **علاء الدين كفافي** رائد علم النفس وأستاذ الإرشاد النفسي ووكيل معهد الدراسات والبحوث التربوية لتفضله بالإشراف على الرسالة وما قدمه لي من علمه الغزير وآراءه السديده ووقته الثمين الذي لم يبخل به على أبنائه فله جزيل الشكر والإحترام.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير والإحترام إلى أ.د./ **فاروق سيد عبد السلام** الأستاذ بقسم الإرشاد النفسي بمعهد الدراسات والبحوث التربوية على تفضله بالإشراف على الرسالة فأشكر فيه العالم والأستاذ والأب الذي اتسع وقته لجميع أبنائه رغم كثرة أعبائه فنهلنا من علمه الكثير وكان دائماً رمزاً للعطاء الذي لا ينقطع، جزاه الله عنا خير الجزاء.

وأتشرف بتقديم خالص الشكر والتقدير إلى **الأستاذه الدكتوره / نجوى عبد المجيد محمد** رئيس قسم بحوث الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بالمركز القومي للبحوث على تفضلها بالمناقشة فأشكر فيها العالمه التي كرست حياتها ومجهوداتها لخدمة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة حيث أن لها بصمة واضحة في مجال الوراثة والفئات الخاصة وفقها الله إلى مزيد من الدراسات والأبحاث لتستفيد من علمها البشرية.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى **الأستاذ الدكتور / مصطفى أحمد ترك** الأستاذ بقسم الإرشاد النفسي بالمعهد على تفضله بقبول المناقشة والمشاركة بوقته وجهده وتوجيهاته الصائبة فله جزيل الشكر.

وأقدم خالص الشكر والعرفان بالجميل إلى أسرتي العزيزة وخاصة **أبي وأمي الأعزاء** فلا أجد كلمات أعبر بها عما فعلوه من أجلي وما قدموه من مساعدات لعمل هذه الرسالة متعهم الله بالصحة والعافية.

وأخص بالشكر **أختي الأستاذه / هند نور وشاحي المحامية** والتي ساعدتني كثيراً في الأعمال الخاصة بالكمبيوتر فلها جزيل الشكر.

ولا يفوتني أن أشكر **زوجي العزيز** الذي قدم لي الدعم المادي والمعنوي فله مني خالص الشكر والتقدير.

قائمة الموضوعات

الفصل الأول

مدخل الدراسة

الفصل الثاني

المنطلقات النظرية للدراسة

ثانياً: برنامج بورتيدج للتربية المبكرة:

ثالــثاً: متلازمة داون:

الفصل الثالث
الدراسات السابقة

الفصل الرابع
إجراءات الدراسة

الـفصـل الخـامـس

نتائج الدراسة وتفسيرها

المـراجـع

قائـمة الجداول

قائمة الأشكال

الفصل الأول

مدخل الدراســـة

- مـــقدمـــة
- مشكلة الدراسة
- أهمية الدراسة
- هدف الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- حدود الدراسة
- أدوات الدراسة
- منهج الدراسة

مقدمة:-

يرجع تاريخ التدخل الفعال مع المعوقين عقلياً إلى تجربة العالم الفرنسي "ايتارد" مع طفل "أفيرون" وإلى دراسات جامعة "أيوا" في الثلاثينات حيث تطلع الباحثين في مجال التدخل المبكر إلى تنمية قدرات ومهارات الطفل المعرض للإعاقة العقلية عن طريق وجود بيئة غنية تتفاعل معه بطريقة صحيحة.

فعلى الرغم من المشكلات العقلية والصحية التي يتعرض لها الطفل إلا أنه متعلم نشيط لذلك فإن خلق بيئة مثيرة للطفل يساعد على عملية التعلم.

وقد تعددت الآراء حول ماهية التدخل المبكر مع الأطفال المعوقين وفوائد برامجه خاصة في السنوات الأخيرة، ففي الستينيات تأثر الباحثون ببيان (هانت، ١٩٦١) الذي يشير إلى إمكانية تغيير نسبة الذكاء ثم تغير هذا الرأي في أوائل السبعينيات نتيجة صدور عدة تصريحات تؤكد فشل التدخل المبكر وحتى الآن نجد بعض الباحثين المؤيدين لأهمية وفوائد التدخل المبكر وآخرين يؤكدون عدم فعالية التدخل المبكر.

هناك نقطة خلاف أخرى بين الباحثين حول الأطفال المعرضين للخطر فالأطفال المعوقين إعاقة بسيطة لا يجدون صعوبة في التدريب على المهارات الأساسية الإجتماعية، الحركية، واللغوية بينما نجد أن الأطفال المعوقين إعاقة شديدة أو حادة يجب تدريبهم على تلك المهارات بجانب مهارة الإعتماد على النفس حيث أنها تمثل الأساس للمهارات اللاحقة والتكيف مع المجتمع المحيط به. بالنسبة لتحديد أولويات هذه المهارات للتدريب عليها وإختيار المهارات الأكثر أهمية بالنسبة للطفل فيتم تحديده بناء على إحتياجات الطفل أولاً ،إحتياجات الأسرة ثانياً، والتقييم المناسب لحالة الطفل وعلى أساس ذلك يتم إختيار برنامج التدخل المبكر المناسب للطفل.

أما التدخل المبكر فيقصد به تلك الجهود التي تبذل للكشف عن الأطفال المعرضين للتأخر الذهني قبل وأثناء وبعد الولادة وتوفير الرعاية المتكاملة لهم ولأسرهم في مرحلة الطفولة المبكرة لتحسين معدلات الذكاء. وترجع أهمية التدخل المبكر إلى أهمية مرحلة الطفولة المبكرة أو الخمس سنوات الأولى من حياة الطفل حيث تعتبر مرحلة حرجة بالنسبة لنموه العقلي وتنمية قدرات ومهارات النمو المختلفة للطفل.

وهناك العديد من المؤشرات قبل الولادة وبعدها والتي تحدد وجود أطفال معرضين لخطر التأخر الذهني من أهمها الحمل بعد سن ٣٥ سنة، الولادة قبل الأوان، وجود خلل في الكروموسومات، إختلاف فصائل الدم عند الوالدين، .... إلخ، فإذا وجدت تلك المؤشرات أو إحداها كانت الحاجة ماسة للتدخل المبكر.

ويهدف التدخل المبكر إلى تنمية قدرات ومهارات الطفل ذو الإحتياجات الخاصة في نفس المجالات التي ينمو فيها الطفل العادي وهي المجال المعرفي، الإجتماعي، الإنفعالي، الحركي، اللغوي، والدراسي وإشباع حاجاته وحاجات أسرته والإستفاده من الطفل كعضو نافع في المجتمع وتوفير الرعاية الصحية والخدمات الإجتماعية والتربوية له عن طريق فريق من الأخصائيين الإجتماعيين، النفسيين، المعلمين والأطباء وذلك من خلال التشخيص المبكر للحالات وتقديم الرعاية المتكاملة والبرامج المتخصصة.

وتؤكد العديد من الدراسات على نتائج التدخل المبكر لتحسين معدلات الذكاء في العديد من الدول التي إستخدمت أسلوب التدخل المبكر خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، كما تشير هذه الدراسات إلى تحسن القدرات العقلية للمعوقين عقلياً ومهاراتهم الشخصية وتوافقهم النفسي والإجتماعي وتحسن الناحية الصحية لهم مما يؤكد أهمية إستخدام أسلوب التدخل المبكر لتحسين معدلات الذكاء.

ولا يقتصر ذلك على الإجراءات التي تؤدي إلى الحد من الإعاقة بينما تهدف إلي الحد من حدوث الإعاقة أو الحيلولة دون وقوعها والحد من الآثار السلبية المترتبة على حدوث الإعاقة وتوفير الإمكانيات الطبية، الإجتماعية، التربوية، والتأهيلية المناسبة للمعوقين للإندماج في المجتمع بصورة طبيعية مع العاديين.

ويقوم التدخل المبكر على مبدأ الفروق الفردية بين الأطفال في النمو فكل طفل يحتاج إلى برنامج خاص به يناسب قدراته وإمكانياته ونوع ودرجة الإعاقة الخاصة به لذلك يتم تحديد قدرات وإمكانيات الطفل عن طريق عمل تقييم له ثم يتم وضع البرنامج المناسب للطفل طبقاً لمستوى نموه الحالي وعمره الزمني، كما يتم تحديد الأهداف بعيدة المدى والأهداف قريبة المدى ومعايير تقويم الطفل أثناء البرنامج وبعده للتعرف على مدى التقدم في مستوى نمو الطفل إلى أن يصل الطفل للمرحلة التعليمية فيتم تحديد إمكانية إستفادته من الخدمات

التعليمية ونوع التعليم الذي يناسب قدراته وإمكانياته ومواعيد بدء تقديم الخدمات ومدتها وأماكن تقديمها.

وتقوم هذه البرامج على تدريب الأطفال المتأخرين ذهنياً على مهارات مجالات النمو المختلفة فالطفل العادي ينمو في هذه المجالات بدون جهد ويتعلم المهارات والخبرات الخاصة بها بنفسه أما الطفل المتأخر ذهنياً فيحتاج لوقت أطول ومجهود أكبر لتعلم هذه المهارات والتدريب عليها.

بالنسبة لمتلازمة داون فترتبط بالإعاقة العقلية بشكل كبير وتمثل حوالي ١٠% من حالات الإعاقة العقلية وهي مألوفة للناس نتيجة للخصائص الجسمية المميزة لتلك الإعاقة حيث يتشابه الأطفال المصابين بمتلازمة داون في سماتهم الجسمية.

وترجع تسمية هذه الحالة إلى الطبيب جون داون وترجع أسبابها إلى حدوث إضطراب في توزيع الكروموسومات أثناء التكوين خلال عملية إنقسام الخلايا ينتج عنه وجود كروموسوم زائد في الخلية فالطفل العادي لديه (٤٦) كروموسوم بينما الطفل الداون لديه (٤٧) كروموسوماً وهذا الكروموسوم الزائد رقم (٢١) لدى هؤلاء الأطفال هو السبب وراء تشابه ملامحهم بحيث يخيل لمن يراهم أنهم من أسرة واحدة.

وقد أصبح من الممكن إكتشاف هذه الحالة أثناء فترة الحمل عن طريق أخذ عينة من السائل الأمنيوسي المحيط بالجنين في رحم الأم وعمل مزرعة للخلايا فتظهر فيها ملامح الكروموسومات لحظة إنقسام الخلايا وبذلك يمكن التعرف على وجود شذوذ أو إضطراب في الكروموسومات.

وعند إستخدام برامج التدخل المبكر مع الأطفال المصابين بمتلازمة داون يجب مراعاة المشكلات الصحية والخصائص الجسمية والنمائية لهؤلاء الأطفال والتي تؤثر عليهم بشكل واضح حيث يجب تقديم خدمات صحية لهم بجانب خدمات التدخل المبكر والخدمات التربوية والتأهيلية.

نتيجة لكل ما سبق ظهرت أهمية المشكلة والتي تكمن في أهمية التدخل المبكر بالنسبة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون للعمل على تقليل الفجوة بينهم وبين الأطفال العاديين مما يؤدي إلى وجود عضو مفيد لنفسه ولأسرته ولمجتمعه.

مشكلة الدراسة:-

أكدت البحوث والدراسات على أهمية المراحل العمرية المبكرة لنمو الأطفال فالخبرات التي يحصل عليها الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة لها تأثيرات هامة في نموه وتعلمه ومن هنا تتضح الأهمية الخاصة لهذه المرحلة بالنسبة للأطفال المعوقين الذين يعانون من تأخر في مجالات النمو مما يتطلب أهمية توفير برامج التدخل المبكر الخاصة بكل حالة لإستثمار هذه الفترة الهامة في حياة الطفل لتنمية مهاراته المختلفة الإدراكية، الحركية، الإجتماعية، واللغوية.

نتيجة لذلك أهتم الباحثون والعاملون في مجال التربية الخاصة ببرامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة والإعاقات المختلفة وبإعداد معلمي وأخصائي الفئات الخاصة قبل العمل في هذا المجال وتطوير أدوات التقويم والقياس لهذه الفئة في المراحل العمرية المبكرة.

وقد تطورت برامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها حيث مرت بثلاث مراحل رئيسية:

أ- في **المرحلة الأولى** ركز التدخل المبكر على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية والأنشطة التي تستهدف توفير الإثاره الحسية لهم.

ب- في **المرحلة الثانية** أهتم التدخل المبكر بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم المعوقين.

ج- في **المرحلة الثالثة** أنصب الإهتمام على النظام الأسري بوصفه المحتوى الإجتماعي الأكبر أثراً على نمو الطفل. فقد أصبح دعم الأسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية.

لذلك أصبح في الآونة الأخيرة مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية حيث أهتم بالأطفال المعرضين لخطر الإعاقة بجانب الإهتمام بالأطفال المعوقين.

إلا أننا نلاحظ أن برامج التدخل المبكر للفئات الخاصة محدودة بالرغم من توفر المعلومات عن الإعاقة وأسبابها وعلاجها وكيفية الوقاية منها فالجهود المبذولة في مجال التربية الخاصة لا تتناسب مع حجم المشكلة وتأثيرها على الأسرة والمجتمع وما زالت هناك حاجة لتطوير البرامج المستخدمة في مجال التدخل المبكر وتوفير برامج جديدة تتناسب مع نوع وشدة الإعاقة وإعداد فريق من المتخصصين العاملين في هذا المجال وذلك للعمل على إستفادة معظم الفئات الخاصة بالخدمات الصحية ،التربوية والتأهيلية لبرامج التدخل المبكر.

ومن أهم برامج التدخل المبكر واسعة الإنتشار ثلاثة برامج وهي مشاريع (بيري، مولووكي، بيسيداريان) قبل المدرسة للتدخل المبكر مع الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالإعاقة العقلية وهي أكثر البرامج شهرة وتأثيراً في الولايات المتحدة حيث أظهرت تلك البرامج نتائج هامة ومؤثرة بالنسبة للتدخل المبكر مع المعوقين عقلياً ، فمثلاً أهتمت الولايات المتحدة ببرنامج (بيري) لفعاليته الواضحة في تسهيل تكيف الأطفال المتزايد مع المدرسة والمجتمع.

ومن المشاريع الهامة أيضاً مشروع "توسيع النمو الإرتقائي عن طريق التعليم" الذي عرف بإسم "إيدج" ونفذ في جامعة مينسوتا للعمل مع الأطفال المصابين بزملة داون حيث سجل هذا المشروع الأطفال الذين لديهم زملة داون وأمهاتهم وذلك عندما كان الأطفال في أعمار سنتين ونصف السنة وكانت نتائج المشروع مبشرة للغاية.

ومن خلال عمل الباحثة مدة سبع سنوات في مجال التدخل المبكر والتي أتاحت لها فرصة التعامل مع عدد كبير من الأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون وإستخدام برامج التدخل المبكر والتنبية الذهني لتنمية قدراتهم وتعليمهم المهارات المختلفة وفق إمكانيات كل منهم، فقد رأت الباحثة أهمية القيام بهذه الدراسة حيث يلاحظ قلة عدد الدراسات في هذا الموضوع كما أن الدراسات المتاحة لم تتعرض لموضوع الدراسة الحالية بالصورة التي تتعرض لها الدراسة فقد أهتمت الدراسات السابقة بتأثير مرض داون ومظاهره على إستجابة الأطفال لبرامج التدخل المبكر كما أنها لم تتعرض لهذه الفئة العمرية بالتحديد. كما تعكس الدراسة الحالية أهمية التدخل المبكر والتنبية الذهني للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون وبالتالي أهمية الكشف المبكر عن الإعاقة العقلية حتى يتم التعامل معها في وقت مبكر والعمل على منع تدهور النمو العقلي لهؤلاء الأطفال وتحسين مجالات النمو المختلفة لهم.

ومن خلال هذه الدراسة سيتم الإجابة على السؤالين التاليين :ـــ

١. ما أهمية التدخل المبكر والتنبيه الذهني للأطفال المصابين بمتلازمة داون ؟

٢. ما أثر برنامج التدخل المبكر على تحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون ؟

أهمية الدراسة:-

تتضح أهمية الدراسة فيما يلي:

١-الأهمية العلمية: تكمن الأهمية العلمية للدراسة في أهمية التدخل المبكر بالنسبة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة حيث أن تدريب هؤلاء الأطفال على المهارات المختلفة لمجالات النمو في مرحلة مبكرة من العمر يساعد على سهولة اكتسابها في وقت مبكر وبالتالي تقليل الفجوة بينه وبين الطفل العادي عن طريق التعرف على احتياجاته وتوفيرها له مما ينعكس على قدرة الطفل على الاعتماد على نفسه والتفاعل مع المجتمع المحيط به وبالتالي تقبل الأسرة والمجتمع له.

٢-الأهمية التطبيقية: والتي تكمن في محاولة نشر برنامج التدخل المبكر (بورتيدج) وخدماته بين الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة على أساس علمي سليم بعد التأكد من مدى فعاليته في تحسين معدلات ذكاء الأطفال وتنمية مهاراتهم مع العمل على تعديل البرنامج كي يتناسب مع البيئة المصرية.

هدف الدراسة:-

تهدف الدراسة إلى تقييم برنامج للتدخل المبكر والتنبيه الذهني للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون والتعرف على مدى فاعلية هذا البرنامج في تحسين مجالات النمو المختلفة لهؤلاء الأطفال ومنع تدهور نموهم العقلي.

مصطلحات الدراسة:-

التدخل المبكر:

ما يطلق علي كل الأطفال المعرضين للمخاطر الخاصة بالنمو أو العجز عن النمو، والتدخل يكون في الفترة ما بين لحظة التشخيص قبل الولادة والفترة التي يصل فيها الطفل لسن المدرسة، وهذا يتضمن العملية كلها ابتداء من إمكانية التعرف المبكر والتتبع حتى لحظة التدريب والإرشاد.

(www.eurlyaid net, 2001)

برنامج بورتيدج:-

البورتيدج هو خدمة تعليمية لأطفال ما قبل المدرسة، تعتمد على الزيارة المنزلية والدعم الزائد لاحتياجاتهم واحتياجات أسرهم ٠

(وزارة التربية والتعليم، برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، إرشادات الاستخدام، ١٩٩٩، ٦)

متلازمة داون:-

متلازمة داون عبارة عن شذوذ خلقي مركب وشائع في الكروموسوم ٢١ نتيجة إختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحب لتخلف عقلي وقد تم التعرف عليه لأول مرة ووصفه عام ١٩٦٦ عن طريق الطبيب جون لانجدون داونGohn Langedon Down.

(Baraitser & Winter, 1996, 1: 2) (www.Secc.Rti.org, 2002)

حدود الدراسة:-

البعد المكاني:

قسم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة – المركز القومي للبحوث.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من :

٩٠ طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم الزمنية بين "١ شهر – ٤٨ شهراً" مقسمين إلى مجموعتين:

- مجموعة تجريبية : تكونت من ٥٠ طفلاً وطفلة نصفهم ذكور ونصفهم إناث.
- مجموعة ضابطة: تكونت من ٤٠ طفلاً وطفلة نصفهم ذكور ونصفهم إناث.

وتراوح معدل النضج الإجتماعي لهم مابين "٤٥ – ٧٠".

البعد الزمني:

مدة تطبيق البرنامج عام في الفترة بين ٢٠٠٢/٥/١ – ٢٠٠٣/٥/١.

أدوات الدراسة:-

١. برنامج بورتيدج للتربية المبكرة – مولي وايت و روبرت.ج. كاميرون ١٩٩٣ .
٢. مقياس النضج الاجتماعي – فاينلاند – ترجمة فاروق صادق ١٩٥٣

٣. مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي – عبـــد العزيـــز الشـــخص ١٩٨٨.

٤. إستمارة التقييم – إعداد الباحثة.

منهج الدراسة:-

المنهج التجريبي

الـفـصـل الـثـانـــي

الـمنطلقات النظرية للدراسة

أولاً: التدخل المبكر

- مقدمـــه
- أهميـــة التدخل المبكر
- مبررات التدخل المبكر
- تفريد برامج التدخل المبكر
- مراحل عملية التدخل المبكر
- إستراتيجيات التدخل المبكر
- الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر
- نماذج التدخل المبكر
- الإعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر
- أساليب الممارسة التنفيذية لبرامج التدخل المبكر
- فريق العمل في برامج التدخل المبكر
- الكفايات اللازمة للعاملين في فريق التدخل المبكر
- وظائف فريق التدخل المبكر
- إتجاهات الأسرة نحو الطفل ذو الإحتياجات
- كيفية تغيير إتجاهات الوالدين نحو الطفل
- أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر
- المبادىء التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة
- التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات الجسمية والصحية

مقدمة:-

إستخدم جان بياجية نظريته المعروفه لتنمية إهتماماته بالنمو المعرفي وإعطاء دوراً إيجابياً للإرشاد والتوجية والتأكيد على البناء المعرفي في جميع الحالات وإعطاء أهمية للحد الأعلى من النمو.

وتتلخص مبادئ نظرية جان بياجيه فيما يلي:-

١- الإنسان يرث نزعتين أساسيتين هما:-

- ***التنظيم:-*** وهي النزعة إلي تصنيف وتنسيق العمليات والخبرات في نظم مترابطة متماسكة.
- ***التكيف:-*** وهو النزعة للتوافق مع البيئة خلال التعامل المباشر معها.

٢- العمليات المعرفية تحول الخبرات إلي شكل يمكن للطفل إستخدامه في التفاعل مع المواقف الجديدة (كما في العمليات الحيوية كعملية الهضم حيث يتحول الطعام إلي شكل يمكن للجسم إستخدامه في بنائه).

٣- العمليات العقلية العليا تسعي إلي تحقيق التوازن حيث يسعي الطفل إلي تحقيق الاستقرار في تصوره للعالم في تعامله معه، كما أن العمليات الحيوية يجب أن تظل في حالة توازن.

٤- يمر الطفل كي يحول الخبرات إلي معرفة، بعمليتين مكملتين لنزعتي التنظيم والتكيف وعملية التوازن وهما:-

- ***الإستيعاب:-*** وهو عملية إستدخال وتمثل عناصر البيئة في البناء المعرفي للطفل فيكون لديه إطاراً عقلياً مرجعياً (حيث يستجيب للموقف الجديد كما سبق أن إستجاب لمواقف مماثلة في الماضي) وهذا يؤدي بالتدريج إلي التعميم.
- ***التواؤم:-*** وهو عملية تعديل الطفل لتصوراته للعالم كخبرات جديدة مما يؤدي إلي تغيير بناء المعرفة لديه.

١- عندما يستوعب الطفل الخبرات ويتواءم معها يظهر لديه نمط سلوكي منتظم يعرف باسم النظام أو المنهج (Scheme) الذي يسير عليه الفرد وهو يأكل، يتعلم، يلعب .... الخ.

٢- البناء المعرفي يكمن وراء السلوك.

(محمد جهاد جمل، ٢٠٠٠، ٤٧ : ٤٨)

وقد إفترض بياجيه وجود أربع فترات تقريبية كبري للإرتقاء يتطور خلالها العقل الإنساني.

أولاً:- المرحلة الحس / حركيـة:- Sensory – Motor Stage

تتسم هذه المرحلة بعدة مراحل من التآزر المتتابع المتبادل بين المخططات إلي مراحل متعاقبة أكثر تعقيداً وتكاملاً، وتمتد من الميلاد حتى سن سنتين.

وتتميز هذه المرحلة بعدة خصائص من أهمها:-

١- إكتساب الطفل للمهارات والتوافقات البسيطة ذات الطابع السلوكي الحركي وهو مزود بمجموعة من الأفعال المنعكسة الفطرية وعن طريق التعلم تتعدل تلك الأفعال وتصبح أكثر إتساقاً مع البيئة التي يعايشها الطفل.

٢- تمركز الطفل حول ذاته حيث يكون تفكير الطفل وإهتمامه منصباً علي ذاته وأقل إهتماماً بالآخرين.

٣- عندما يتعلم الطفل الكلام يبتكر أنماطاً جديدة من السلوك ويتحول تفكيره نحو التمثلات العقلية الداخلية.

٤- يحدث تحسن في الترابطات المتعلقة بالنشاط الحسي كما يحدث هذا التحسن في الترابطات المتعلقة بالنشاط الحركي ويبدأ الكلام والتفكير الرمزي في هذه المرحلة.

إلا أن هذه التمثلات ترتبط بأحداث خاصة أو شخصية ,ويقترح بياجيه ستة مراحل نمائية فرعية علي النحو التالي:-

- **المرحلة الأولـي:-** (من الميلاد حتى نهاية الشهر الأول)
  إستعمال الأفعال المنعكسة.
- **المرحلة الثانيـة:-** (من الشهر الأول حتى الشهر الرابع)
  أنماط التكيف المكتسبة الأولي ورد الفعل الدائري الأول.
- **المرحلة الثالثـة:-** (من الشهر الرابع إلي الشهر الثامن)
  ردود الأفعال الدائرية والأساليب التي تهدف إلي العمل علي إستمرار المشاهدة المثيرة.
- **المرحلة الرابعـة:-** (من الشهر الثامن إلي الشهر الثاني عشر)
  تنسيق الصيغ الثانوية وتطبيقاتها علي المواقف الجديدة.
- **المرحلة الخامسـة:-** (من الشهر الثاني عشر إلي الشهر الثامن عشر)
  رد الفعل الدائري الثلاثي والكشف عن الوسائل الجديدة من خلال التجريب النشط.

- المرحلة السادسة:- (من الشهر الثامن عشر إلي نهاية السنة الثانية)

ابتكار وسائل جديدة من خلال التراكيب العقلية، بداية التخيل والكلام.

(محمد جهاد جمل، ٢٠٠٠، ٥٠) (روبرت سولسو، ٢٠٠٠، ٦٠٣ : ٦٠٤)

(فتحي مصطفي الزيات، ١٩٩٥، ١٩٠ : ١٩١)

ثانياً:- مرحلة ما قبل العمليات Preopertional Stage

وتمتد من سن السنتين إلي نهاية سن السادسة أو السابعة ويقسمها البعض إلي:-

١- ما قبل المفاهيم (من سنتين حتى نهاية السنة الرابعة).

٢- التفكير الحدس (من سن الرابعة حتى بداية السابعة).

وأهم ما يميز هذه المرحلة ما يلي:-

١- أنها مرحلة إنتقالية بين المرحلة الأولي والثالثة (أي لا تتميز بحدوث أي توازن أو ثبات).

٢- في بداية هذه المرحلة يعوز الطفل إستخدام المفاهيم وخاصة مفهوم الفئة والعلاقة العضوية للمفهوم في فئة معينة. أي أن تفكير هذه المرحلة يعد في منزلة متوسطة بين مفهوم الشيء ومفهوم الفئة وهو نوع من التفكير التحولي من الخاص إلي الخاص.

٣- كما تتميز بالنمو اللغوي السريع والقدرة علي تكوين جمل كاملة وفي نهاية المرحلة يكون قد ألم بمفردات لغوية كثيرة.

٤- يعتقد الطفل في الحقيقة كما يراها ولا يقتنع بوجهة النظر التي تقال له بعكس البالغين.

٥- يتجه تفكير الطفل إلي التركيز حول ظاهرة واحدة ولا يعطي اهتمامه ظاهرة أخري.

٦- فشل الطفل في إدراك العدد، الكمية، الطول، الوزن وخواص أخري للأشياء.

ثالثاً:- مرحلة العمليات العيانية Concrete Operational Stage

تمتد من سن السابعة إلي سن الحادية عشرة وتتصف هذه المرحلة بعدد من الخصائص التي تميزها وأهمها:-

١-يتحول تفكير الطفل إلي الإستدلال بدلاً من تناول الأشياء بمظهرها السطحي والتمركز حول الآخرين بدلاً من التمركز حول الذات وتنمو لديه القدرة علي إدراك القابلية العكسية وإستخدام الأرقام والترابطات العددية ويظهر نمط التفكير الرمزي.

٢-تنمو لدي الطفل القدرة علي تنفيذ العمليات العقلية المعكوسة ويدرك أن عمليات الطرح هي عمليات جمع سالب وتبدو واضحة قدرة الطفل علي التعامل مع الكميات وإدراك قيمة الأرقام العددية وترتيبها وتصنيف الأشياء في فئاتها وإدراك بعض أسس هذا التصنيف.

٣-يتحول سلوك الطفل إلي السلوك الإجتماعي الذي يحترم فيه الطفل وجهة نظر الآخرين

ويبدو حديثه أكثر إجتماعية وأكثر تقديراً للسياق الإجتماعي السائد حوله.

(فتحي مصطفي الزيات، ١٩٩٥، ١٩١ : ١٩٢)

رابعاً:- مرحلة العمليات الشكلية Formal Operational Stage

وفيها يستخدم الفرد المصطلحات المجردة وتنمو لديه القدرة علي حل المشـــكلات إذ يبدأ بالتحرر من حدود الواقع المحسوس إلي إدراك النظريات والمبادئ ويسمي " بياجيه " هذه المرحلة بمرحلة التفكير الفرضي الإستدلالي (Hypothitico Deductive) وتعتمد العمليـــات الذهنية في هذه المرحلة علي الفرضيات والتصورات الذهنية.

ويتميز التفكير في هذه المرحلة بالقدرة علي إدراك الإمكانيات الكامنة خلف مـــا هـــو واقع والنزعة نحو الإهتمام بما وراء الظواهر والمشكلات الأيدلوجية. كما يدرك المراهـــق أن الفئات ليست مجرد مجموعات من الأشياء المادية (الحسية) ولكن يمكن أيضاً فهمها وتصورها وتفكرها ككيانات محددة أو صورية (شكلية) أي القدرة علي التحديد والتصور الإفتراضي.

وهناك فئات أربع رئيسية هي:-

- تخيل بدائل عديدة لتفسير نفس الظاهرة.
- إستخدام آراء أو مقترحات تبتعد عن الواقع أو الحقيقة.
- إستخدام رموز لا يقابلها ما يوجد في خبرة الفرد نفسه ولكن لها تعريف مجرد.
- إستخدام رموز للرمز وفهم الكنايات والأمثال.

(محمد جهاد جمل، ٢٠٠٠، ٥٥)

وإذا تناولنا الرؤية النمائية التطورية نجد أنها تركز بشكل عام على درجة التشابه بين الوظائف التي يؤديها الأفراد الأسوياء والأفراد المعوقين عقلياً. ولقد ذهب علماء النمـــو إلـــي تبويب النمو المعرفي عند الأطفال المعوقين عقلياً إلي ثلاثة أقسام:-

١- فرضية التسلسل المتشابه Similar Sequence hypothesis

(التقدم من خلال المراحل المعرفية التي يجتازها الأطفال الأسوياء) وتخلص هذه الفرضية إلي أنه بمقدور الأطفال الأسوياء والمعوقين عقلياً إجتياز نفس المراحل الخاصة بالنمو المعرفـــي دون أي تميز إلا في المعدل الذي يتم تحقيقه والنهاية القصوى التي يتم تحصيلها.

٢-فرضية التركيب المتشابه Similar Structure hypothesis

(إمتلاك تركيب ذكاء مشابه للأطفال الأسوياء في كل مرحلة من مراحل النمو والتطور).

وتفيد هذه الفرضية بأن الأطفال الأسوياء والأطفال المعوقين عقلياً لديهم تشابهاً في العمليـــات المكونة لقدراتهم العقلية فإذا ما تمت مقارنة المستوي العام للنمو العقلي لهم يجب أن يتشـــابها طبقاً للعمليات المعرفية النظامية التي تستخدم في عمليتي الإستنساخ وحل المشكلات.

٣-الإستجابة للمثيرات البيئية بنفس الطرق التي يستجيب لها الأطفال الأسوياء

حيث يميل العلماء إلي الإعتقاد بأن رد فعل كلا المجموعتين علي القـــوي البيئيـــة متشابهاً إلا أن بيئتهما عادة مختلفتان لا سيما وأن للأشخـــــاص المعوقين عقلياً تاريخاً تجريبياً متميزاً فهم ينخرطون عــــادة في فصول دراسية خاصة أو في مدارس خاصة وربما كانوا الأفراد الأقل أداء ضمن مجموعاتهم أو قد يكون الفشل من نصيبهم أينما كانوا وفي أي موقف.

(عبد العزيز السرطاوي، عبد العزيز حسن أيوب، ٢٠٠٠، ٥٤ : ٦٠)

ومما سبق نجد أن المنظور النمائي التطوري فسح المجال للعديـــد مـــن المســـاهمات العملية في التدخل والبحث في مجال الإعاقة العقلية، ومن هنا قـــام البـــاحثون والمختصـــون مسلحين بالمعرفة الخاصة بالتطور، والنماء الطبيعي، واللغة، والمهارات الإجتماعية إلمبكـــرة بمحاولة تصميم برامج خاصة في التدخل من أجل تنمية قدرات الأطفال المعوقين.

(محمد جهاد جمل، ٢٠٠٠، ٦٨)

فالتدخل المبكر يعتبر من السمات البارزة في رعاية المعوقين بعامة والمتأخرين ذهنياً بخاصة في الربع الأخير من القرن العشرين. فقد أخذت دول كثيرة بإسلوب التدخل المبكر في الوقاية من التخلف العقلي ولم يعد مقبولاً في هذه الدول تأخر رعاية الأطفال المتخلفين عقليـــاً والمعرضين للتخلف أو التأخر العقلي حتى إلتحاقهم بالروضة أو الإبتدائي.

(كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٦، ٢١٣)

وعلي هذا فقد يكون هذا التدخل المبكر مرتبطاً ببرامج الوقاية أو ببرامج التشخيص أو ببرامج العلاج والتعامل مع المشكلة.

(محمد محروس الشناوي، ١٩٩٧، ٥٥٩)

ويتضمن التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية وإجتماعيـــة وتربويـــة ونفســية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

وبما أن برامج التدخل المبكر تعني بالأطفال في مرحلة عمريه تتباين فيها قدراتــــهم وحاجاتهم تبايناً هائلاً فإن مناهج وأساليب التدخل تختلف وتتنوع.
(جمـــال الخطيـــب، مني الحديـــدي، ١٩٩٨، ٢٠ : ٢١)

إلا أننا نجد أن معظم برامج التدخل المبكر تجعل من الوالدين الأعضـــــاء الأساســـين لفريق المتخصصين والذين يهدفون إلي تلبية إحتياجات الطفل الخاصة.
(www.The Lissencephaly Network Inc, 2001)

فبرامج وخدمات التدخل المبكر تكون أكثر فاعلية للطفل ولأسرته عندما تقـــدم علـــي نحو يدعم ويطور مصادر الأسرة ومواطن القوة لديها ويلبي إحتياجاتها وأولوياتها.
(Mc Collum, Rowan & Thorp, 1994, 216 : 226)

تعريف التدخل المبكـــر:-

يمكن تعريف التدخل المبكر للطفولة علي أنه إتساق الجهود النظامية المدّعمة لإعانـــة الأطفال الصغار المعوقين والأطفال المعرضين للخلل في النمو منذ فترة الولادة وحتى ســـن الخامسة وأيضاً مساعدة أسرهم.
(Samuel A.Kirk, et al., 1993, 85)

والتدخل المبكر Early Intervention في رعاية التخلف العقلي هو الجهود التـــي تبذل في تحديد الأطفال المعرضين لخطر التخلف أو التأخر العقلي قبل وأثناء وبعـــد الـــولادة وجهود الأخصائيين في تشخيص الأطفال المتخلفين عقلياً في مرحلة الرضاعة وتوفير الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولة المبكرة وبخاصة في سن من الولادة وحتى الخامسة.
(كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٦، ٢١٣)

ويمكن القول أن التدخل المبكر هو تلك الإجراءات أو الجهود أو البرامج التي تنفذ في سبيل الحيلولة دون حدوث نتيجة ضارة أو التقليل من شدتها أو زيادة فاعلية هذه الجـــهود أو

الإجراءات أو البرامج عن طريق التدخل في وقت أسبق بدرجة كافية عن الوقت الذي إعتـــاد معظم الناس أن يبحثوا فيه عن مساعدة.

(محمد محروس الشناوي، ١٩٩٧، ٥٥٩)

كذلك فإن التدخل Intervention يعني التعامل مع مشكلة تعوق الطفل ســـواء مـــن ناحية إمكانياته في التكيف مع نفسه أو الآخرين من حوله، سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو العلاقة مع الزملاء والمحيطين بحيث يؤدي هذا التدخل إلي التغلب علي المشـــكلة أو التقليل من آثارها السلبية ولتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته.

(محمد إبراهيم عبد الحميد، ١٩٩٩، ٣٧)

والتدخل المبكر هو ما يطلق علي كل الأطفال المعرضين للمخاطر الخاصة بـالنمو أو العجز عن النمو، والتدخل يكون في الفترة ما بين لحظة التشخيص قبل الولادة والفترة التـــي يصل فيها الطفل لسن المدرسة، وهذا يتضمن العملية كلها إبتداء من إمكانية التعرف المبكـــر والتتبع حتى لحظة التدريب والإرشاد.

(www.Natural.com, 2001)

ويشير تعريف آخر إلي أن التدخل المبكر هو الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأوليـــة وكذلـــك الخدمـــات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات علي الأطفـــال المعنيـــن أنفسهم وإنما يشمل أيضاً أسرهم والتدخل علي مستوي البيئة والمجتمع المحلي.

(زينب محمود شقير، ٢٠٠٢، ١٤١)

يؤكد تعريف آخر علي أن التدخل المبكر هو مجموعة الجهود التي تبذل في تحديـــد الأطفال الذين يكونون أكثر تعرضاً لخطر التخلف أو الإعاقة قبل وأثناء وبعد الـــولادة وفـــي تشخيص حالاتهم منذ مرحلة الرضاعة مع توفير الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولـــة الأولي.

(زينب محمود شقير، ٢٠٠٢، ١٤١)

ومما سبق يمكن القول بأن:
التدخل المبكر هو تلك الإجراءات والبرامج التي تتم للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة منذ لحظة التشخيص قبل الولادة وحتى يصل الطفل إلى سن المدرسة ويتضمن ذلك العملية كلها بداية من إمكانية التعرف المبكر على الحالات وتتبعها حتى مرحلة التدريب والإرشاد وتعتمد العملية بشكل أساسي على الوالدين والبيئة المحيطة.

أهمية التدخل المبكـــر:-

يمر الطفل المتأخر ذهنياً بنفس مراحل النمو الإرتقائي التي يمر بها الطفل الطبيعي إلا أن الطفل المتأخر ذهنياً يحتاج إلي مجهود أكثر وفترة أطول للتدريب علي إكتساب المهارات المختلفة لمراحل النمو التي يمر بها الطفل الطبيعي ويجب أن نشير إلي أن تدريب الطفل المتأخر ذهنياً علي هذه المهارات في مرحلة مبكرة من العمر يساعد علي إكتساب تلك المهارات في وقت مبكر وبالتالي تقليل الفجوة بينه وبين الطفل الطبيعي عن طريق التعرف علي إحتياجاته وتوفيرها له مما ينعكس علي قدرة الطفل علي الإعتماد علي نفسه والتفاعل مع المجتمع المحيط به وبالتالي تقبل الأسرة والمجتمع له.

(نجوي عبد المجيد محمد، ١٩٩٩، ٢٠ : ٢١) (نجوي عبد المجيد محمد، ١٩٩٨)

وترجع أهمية التدخل المبكر إلي أنه يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والإجتماعية، كما أنه يمنع أيضاً العيوب الثانوية عند الأطفال ذوي الإعاقة.

(Samuel A.Kirk, et al., 1993, 88)

وقد أثبتت الأبحاث التي تمت علي نمو الطفل أن معدل النمو والتعليم الإنساني هي عملية أكثر سرعة في سن الروضة. وقد أصبح وقت التدخل مهماً عندما يتعرض الطفل إلي خطر فقد فرصة التعلم خلال مرحلة الإعداد القصوي فإذا لم تغتنم هذه المراحل التي يكون فيها لديه القدرة علي التعلم سيواجه الطفل صعوبة في تعلم بعض المهارات مع مرور الوقت.

وللتدخل المبكر تأثير هام علي الوالدين والأخوة وكذلك الطفل المعوق فالأسرة التي لديها طفل معوق دائماً ما تشعر بالإحباط والعزلة عن المجتمع ويزيد توترها ويأسها وإحساسها بالعجز. فالضغط الناتج عن وجود طفل معوق يؤثر علي مدي مساعدة الأسرة له ويؤثر علي تقدم ونمو الطفل. والتدخل المبكر ينتج ويسبب تحسين معاملة الوالدين تجاه أنفسهم

وأطفالهم مما يكسبهم المعلومات والمهارات اللازمة لتعليم أطفالهم بالإضافة إلي قضاء وقت الفراغ معهم بجانب العمل.

والمجتمع هو المستفيد فالطفل الذي ينمو ويتعلم يكتسب القدرة علي الإعتماد علي النفس ويقلل من الإعتماد علي المؤسسات الإجتماعية وهذا يحقق فائدة إجتماعية وإقتصادية.
(www.Kidsource.com, 2000)

ومن مراجعة هيوارد وأورلانسكي لمئات الدراسات حول أهمية التدخل المبكر في رعاية الأطفال المعرضين للتخلف أو التأخر العقلي تبين تحسن حالات كثيرة في النمو العقلي والإجتماعي والإنفعالي واللغوي والحركي كما تبين من هذه المراجعة أن التدخل المبكر له تأثير كبير علي المدى البعيد.

(كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٦، ٢٢٥)

ولقد بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر.
(Hayden, 1997, 160)

فمن متابعة الأطفال الذين حصلوا علي الرعاية المبكرة وجد أن معظمهم كانوا تلاميذ عاديين في المدارس الإبتدائية والإعدادية والثانوية ولم يلتحق منهم بالتربية الخاصة إلا نسبة قليلة. أما الأطفال الذين لم يجدوا الرعاية المناسبة فقد إزدادت حالات بعضهم سوءاً في مرحلة الطفولة الوسطي والمتأخرة وإرتفعت بينهم نسبة التخلف العقلي وبطء التعليم والإنحرافات السلوكية.

(كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٦، ٢٢٥)

وتبين أيضاً أن التدخل المبكر في الرعاية ساعد في تقليل الحاجة إلي مدارس التربية الخاصة ومؤسسات الإيواء لأن توفير الرعاية في سن مبكرة يحمي الأطفال من التعرض للتأخر الذهني ومن الإنحرافات السلوكية والضعف في التحصيل الدراسي مما يجعلهم قادرين علي التوافق الإجتماعي والتربوي في المدارس العادية ولا يحتاجون إلي المدارس الخاصة.

فالنمو المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعليم في المدرسة الإبتدائية وللعطاء الإجتماعي البناء في المراحل العمرية اللاحقة.

(جمال الخطيب، مني الحديدي، ١٩٩٨، ٣٦)

يضاف إلي هذا ما أشارت إليه دراسات أخري من أن التدخل المبكر يسهم في تخفيض تكاليف رعاية الطفل المتخلف عقلياً.

(كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٦، ٢٢٥)

فالجدوى الإقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر والتي تؤدي إلي إمكانية دمج الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بنجاح.

(Hayden, 1997, 161) (Guralnick, 1990, 3)

مبررات التدخل المبكر:-

أكد تحليل نتائج الدراسات العملية أن التدخل المبكر له آثاره الإيجابية علي الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وأنه كلما كان التدخل مبكراً كانت فعاليته أكبر بالنسبة للأطفال وأسرهم. **وفيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر:-**

١- تشير نتائج الدراسات والأبحاث إلي وجود فترات نمائية حرجة خاصة في السنوات الخمس الأولي من حياة الطفل حيث يكون الطفل أكثر عرضة وحساسية وتأثراً بالخبرات المحيطة وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة يمكن أن يطور الأنماط الأولي من التعليم والسلوكيات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة.

(Haward. A., 1992, 1: 99)

٢- أهمية المؤثرات البيئية والمتغيرات المحيطة في تشكيل عملية التعلم خاصة أن القدرات العقلية غير ثابتة في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، فالنمو ليس نتاج البيئة الوراثية فقط ولكن البيئة الإجتماعية تلعب دوراً حاسماً ، لذلك فإن تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سيساعد في تنمية قدراته المختلفة، فالتعليم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمريه أخري.

٣- في ظل عدم توفر برامج الرعاية المبكرة فإن ظروف الإعاقة وحالات الأطفال المعرضين للخطر يمكن أن تؤثر بطريقة سلبية علي تعلم الطفل وتنمية قدراته.

٤- يحتاج الأهل إلي مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بناءه ومنظمة من العلاقة الأسرية مع طفلهم كي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والإثارة والتدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة فالمدرسة ليست بديلاً للأسرة فالأباء هم معلمون لأطفالهم ذوي الإحتياجات الخاصة.

٥- تؤكد الدلائل علي الجدوي الإجتماعية والإقتصادية الناتجة عن تقديم الخدمات المبكرة خاصة في التقليل من الأعباء المادية المترتبة علي تأخيرها أو عدم تقديمها مبكراً وكذلك في إمكانية التخفيف من هذه المشكلات الإجتماعية اللاحقة فالتدخل المبكر يسهم في تجنيب الوالدين وطفلهما ذو الإحتياجات الخاصة مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقة.

٦- إن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدي الطفل ذو الإحتياجات الخاصة بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه الطبيعيين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.

٧- تتداخل مظاهر النمو حتى يمكن القول أن عدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال إكتشافه قد يقود إلي تدهور في جوانب النمو الأخري.

ولقد شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة الصغار في السن والأطفال المعرضين للخطر.

(Fewell, A. & Rebecca, C. 1996, 233 : 234) (Lee, P., 1993, 58 : 103)

تفريد برامج التدخل المبكر:-

يقوم التدخل المبكر علي أساس الفروق الفردية بين الأطفال في النمو فكل طفل فريد من نوعه والبرنامج الذي يناسب طفلاً قد لا يناسب غيره بنفس الدرجة فكل طفل في حاجة إلي برنامج خاص به، يقابل حاجاته ويناسب ظروفه الأسرية وعلي هذا الأساس يوضع برنامج مكتوب لكل طفل يشترك في إعداده وتنفيذه الأخصائيون ووالدا الطفل. ويتضمن عادة الآتي:-

- مستوي نمو الطفل الحالي.
- الأهداف السنوية (البعيدة) والشهرية (القريبة).
- الخدمات التعليمية التي يحتاجها الطفل.
- إمكانية إستفادة الطفل من التعليم العادي.

- معايير تقويم تقدم الطفل أثناء البرنامج.
- مواعيد بدء الخدمات ومدة كل منها وأماكن تقديمها.
- مواعيد مراجعة البرنامج.

(كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٦، ٢٢٠ : ٢٢١)

<u>مراحل عملية التدخل المبكـر:-</u>

تتكون عملية التدخل المبكر من عدة مراحل هي:- التعرف، الإكتشـاف، التدريـب، الإرشاد وبالرغم من أنها مراحل مرتبة ترتيباً منطقياً إلا أنه عند التطبيق يندمجوا مع بعضهم ولا يمكن التفرقة بينهم بسهولة، ونُفَصل المراحل المذكورة سابقاً فيما يلي:-

- ***<u>التعرف:- (التحقـق)</u>***

ملاحظة العلامات الأولي أو الإرشادات التي تنبه أن الطفل معرض لخطر النمـو أو أنه في تقدم شاذ.

- ***<u>الإكتشـاف:-</u>***

عن طريق بحث هذه العلامات والإشارات بطريقة منظمة لكافة السكان والتي تتضمن برامج مسحية مثل تحليل الفينيل كيتونوريا وإختبارات كشف الإعاقة السمعية وإضطرابـات النمو ولا تمثل مخرجات هذه الإختبارات التشخيص بل يتم تحويل الأطفال المختارين لعمـل فحوصات تشخيصية أخرى.

- ***<u>التشخيـص:-</u>***

ويكون نتيجة وجود الإعاقة في النمو بجانب معرفة الأسباب المسببة لها، والتشـخيص يأخذ مكانه في الترتيب بعد التعرف علي العلامات والإشارات التي تعتبر الطفـل معـرض لخطر أو إنحراف النمو.

- ***<u>التدريـب:-</u>***

كل الأهداف المباشرة للأنشطة المؤثرة في الطفل وبيئته صممت لخلق ظروف أفضـل للنمو. هذه الأنشطة تتضمن تنبيه وتنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية وخدمات إضافيـة عن طريق أخصائيين في الطب، العلاج المهني، العلاج الطبيعـي، التخـاطب، السـمعيات والتغذية.

- **الإرشـــاد:-**

وهو كل أشكال التدريب والإستشارة المتاحة للآباء، الأسرة، الأسرة المفككة والإمـداد بالمعلومات عامة.

(www.eurlyaid net, 2001)

إستراتيجيات التدخل المبكـر:-

يتم التدخل المبكر وفقاً لإستراتيجيات ثلاثة:-

أ- عملية توسطية (RE – Mediayion)

ويكون التدخل بتعديل في سلوك الطفل في سياق عمليات النمو والتكيف ببرامج التدخل الطبي أو التعليمي أو السلوكي.

ب- تعديل مفاهيمه وتعويضه (RE – Definition)

بتعديل إدراكات وممارسات الوالدين للطفل نحو الطفل.

ج- إعادة تعليم الوالدين (RE – Education)

لرعاية الطفل وتحسين قدرة الوالدين وكفاءتهم في التعامل مع الطفل.

كما تحدد الإستراتيجيات المتبعة في تقديم خدمات التدخل المبكر في الآتي:-

أ- إستراتيجية التدريب المنزلي: Home Based Programs

تقوم هذه الإستراتيجية علي تقديم خدمات التدخل المبكر في المنزل وتؤكد علي تحمل الأسـرة للدور وللعبء الرئيسي في تنفيذ وتقديم الخدمات العلاجية والتربوية للطفـل بعـد تزويدهـا بالمهارات والوسائل اللازمة لذلك.

ب- إستراتيجية مراكز التدخل المبكر:- Center Based Programs

تقوم علي إنشاء مراكز خاصة يتوفر فيها عدد من المتخصصين اللازميـن وتسـتقبل هـذه المراكز وتقدم لهم التدريب والخدمات الأخري اللازمة. وهناك أشكال من المراكز:-

- مراكز تدريب للطفل دون مشاركة من الأهل في هذه العملية.
- مراكز تدريب الطفل بمشاركة الأهل: وتقدم هذه المراكز خدماتها التدريبية للأطفـال إلا أنها تشترط علي الأهل الحضور والمساهمة في عملية التدريب لعدد معين من المرات.
- مراكز تدريب الوالدين: وتقوم بإستقبال الوالدين وأبنائهم وفي البداية يتم تدريـب أولـي علي كيفية العمل مع الطفل ومن ثم يقوم الوالدان بموالاة التدريب بإشراف المتخصصيـن في المركز...

ج- إستراتيجية المركز الخاص المصاحب بتدريب منزلي.

د- إستراتيجية التدريب المنزلي الذي يعقبه تدريب في المركز:

وتقوم علي تقديم التدريب المنزلي خاصة في السنتين الأولبين من عمر الطفل ومن ثم إلحاقه بمركز التدخل المبكر حتى يبلغ سن الخامسة.

هـ- إستراتيجية مركز تتبع نمو الطفل: Child development Monitoring

وتتلخص هذه الإستراتيجية في إنشاء سجل وطني للمواليد والأطفال دون الخامسة الأكثر عرضة للإعاقة ومتابعة نموهم بشكل دوري من خلال مراكز خاصة تنشأ لهذا الغرض أو من خلال برامج عيادات الأمومة والطفولة أو المراكز الصحية.

(نادية إبراهيم عبد القادر، ٢٠٠٢، ٨٥ : ٨٦) (مني سند، ١٩٩٨، ٩٨ : ١٠٩)

<u>الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر:-</u>

من الصعب علي المتخصصين تحديد الفئات المستهدفة للتدخل المبكر وذلك للأسباب الآتية:-

- الطبيعة المعقدة والمتباينة لنمو الأطفال.
- عدم توفر أدوات التقييم المناسبة.
- عدم توفر بيانات دقيقة عن نسبة الإنتشار.
- عدم توفر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الإجتماعية والبيولوجية من جهة والإعاقة من جهة أخري.

(Shonkoff & Meisels, 1991, 21 : 25)

وعلي الرغم من ذلك يمكن تحديد الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:-

١-الأطفال المتأخرون نمائياً (Developmentally Delayed Children)

هم الأطفال الذين لديهم تأخر في واحد أو أكثر من المجالات التالية:-

- المجال المعرفي.
- المجال الحركي.
- المجال اللغوي.

- المجال الإجتماعي – الإنفعالي.
- مجال العناية بالذات.

ويكون هذا التأخر بواقع إنحرافين معياريين دون المتوسط في إثنين أو أكثر من المجالات المذكورة أو بنسبة مقدارها ٢٥% مقاسه بالقوائم النمائية التي تستخدم الدرجات من هذا النوع أو بملاحظة مظاهر نمائية غير عادية أو أنماط سلوكية شاذة.

٢-الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة جسمية أو عقلية:-

(Children with Established Disabilities)

هم الأطفال الذين يعانون من:-

- إضطرابات جينيه.
- إضطرابات في عملية الأيض.
- إضطرابات عصبية.
- أمراض معدية.
- تشوهات خلقية.
- إضطرابات حسية.
- الإرتباط الزائد بالأم.
- حالات التسمم.

٣-الأطفال المعرضين للخطر (At – Risk Children)

هم الأطفال الذين تعرضوا لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية (مثل عمر الأم عند الولادة، تدني مستوي الدخل، عدم إستقرار الوضع الأسري، وجود إعاقة لدي الوالدين، إستخدام العقاقير الخطرة) أو بيولوجية (مثل الخداج، الإختناق، النزيف الدماغي).
(جمال الخطيب، مني الحديدي، ١٩٩٨، ٣٣ : ٣٤)

أما التصنيف التالي فيحدد الأطفال المستحقين لخدمات التدخل المبكر في المجموعات التالية:-

- الأطفال أصحاب الحالات الجينيه الذين يتبين من تشخيصهم أن حالتهم ينتج عنها إعاقة أو تأخر في النمو.

- الأطفال المعرضين لخطر بيولوجي بسبب إصابة أثناء الولادة أو بعدها مثل الأطفال المبتسرين.
- الأطفال المعرضون لخطر بيئي نتيجة لظروفهم المحيطة (الفقر) الذي ينتج عنه إعاقة أو تأخر.

نماذج التدخل المبكر:-

شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة الصغار في السن والأطفال المعرضين للخطر. وكل من هذه النماذج له مزاياه وعيوبه وبعض هذه النماذج أكثر ملائمة وفائدة للعمل مع بعض الأطفال أو في بعض المجتمعات من النماذج الأخرى.

وفيما يلي النماذج الرئيسية للتدخل المبكر:-

١-التدخل المبكر في المراكز:-

حيث يتم تقديم خدمات التدخل المبكر في مركز أو مدرسة وتتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من الخدمات فيها من سنتين أو ثلاث سنوات إلي ست سنوات وقد يتم تنفيذ برامج التدخل المبكر في الحضانات ورياض الأطفال العادية بدلاً من تنفيذها في مراكز متخصصة بخدمة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وذلك تحقيقاً لمبدأ الدمج.

ويلتحق الأطفال بالمراكز لمدة ٣ – ٥ ساعات يومياً بواقع ٤ – ٥ أيام أسبوعياً إلا أن بعض الأطفال لا يحضرون إلا يومين أو ثلاثة أيام فقط. وتشتمل الخدمات التي تقدم في المراكز عادة علي التدريب في مختلف مجالات النمو حيث يتم تقييم حاجات الأطفال وتقديم البرامج المناسبة لهم ومتابعة أدائهم.

وغالباً ما يتم العمل بالتعاون بين المعلمات والأسرة خاصة الأمهات. فقد تقوم الأمهات بملاحظة أطفالهم في المراكز لفترات معينة أو المشاركة في تنفيذ بعض الأنشطة التدريبية المحددة. كما تقوم الأمهات بمتابعة تدريب الأطفال في المنازل لتعميم المهارات التي يتم إكتسابها عن طريق التدريب بالمراكز. ويتم تدريب الأمهات من خلال اللقاءات الجماعية أو جلسات التدريب الفردية أو المشاركة في التدريب الصفي. وتحدث عملية تواصل بين المركز والمنزل عن طريق الهاتف أو اللقاءات الشخصية أو دفاتر الملاحظات وغير ذلك.

- **ومن مزايا هذا النمـــوذج:-**

- قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات.
- إتاحة الفرص للطفل للتفاعل مع الأطفال الآخرين.
- توفير الفرص لتوعية المجتمع المحلي بالأمور المتعلقة بالتدخل المبكر.
- الحصول علي الدعم اللازم من المجتمع المحلي سواء كان دعماً مادياً أوفنياً أو معنوياً علي إستمرارية الخدمات وتفعيلها.

أما العيوب الرئيسية لهذا النموذج فهـــي:-

- مشكلات توفير المواصلات والصعوبات المرتبطة بها والكلفة المادية.
- عدم مشاركة أولياء الأمور بفاعلية كما في نموذج التدخل المبكر من خلال المنازل.

٢-التدخل المبكر في المنزل:-

وفيه تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال في منازلهم حيث تقـــوم مدربـــة أو معلمـــة أسرية مدربة جيداً بزيارة المنزل مرة إلي ثلاث مرات أسبوعياً.

ويستخدم هذا النموذج عادة في الأماكن الريفية والنائية حيث لا توجد إلا أعداد قليلـــة من الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وحيث تشكل عملية نقل الأطفال بين المنزل والمركـــز مشكلة كبيرة. وغالباً ما تهتم برامج التدخل المبكر في هذا النمـــوذج بالأطفـــال الذيـــن تقـــل أعمارهم عن سنتين.

وفي هذا النموذج يقوم الأخصائيون بتقييم الأطفال وتحديـــــد حاجاتـــهم ويســـاعدون الأمهات في تنفيذ الأنشطة اللازمة لتلبية تلك الحاجات ويتابعون دورياً مستوي تطور مهارات كل من الأطفال وأمهاتهم.

ومن أهم أدوار عمل الأخصائيين العاملين في مجال التدخل المبكر في المنزل تدريـب أولياء الأمور وأحياناً يقوم مساعدو الأخصائيين بهذا الدور التدريبي تحت إشراف مباشر مـــن الأخصائيين. ومن أفضل الأساليب لتدريب أولياء الأمور علـــي العمـــل مـــع أطفالـــهم ذوي الإحتياجات الخاصة في المنزل القيام بوصف الأنشطة والتدريبات التي عليهم تنفيذها وتوضيح كيفية تنفيذها للأطفال وقيام أولياء الأمور بتنفيذها أمام الأخصائيين وتزويدهم بالتغذية الراجعة حول أدائها. وينصح بإستثمار قدرات الأخوة وغيرهم من القائمين برعاية الطفل كي لا تكـــون عملية التدريب في المنزل عبئاً علي أولياء الأمور.

- ومن مزايا هذا النمـــوذج:-
  - غير مكلف إقتصادياً مقارنة بالتدخل المبكر في المراكز.
  - يوفر الخدمات للأطفال في بيئتهم الطبيعية مما يقلل من مشكلة تعميم المهارات المكتسبة.
  - يشمل علي مشاركة الأسرة الفعالة في برنامج طفلها مع الحصول علي الدعم والمعلومات اللازمة.
- أما العيوب الأساسية لهذا النمـــوذج:-
  - عدم قدرة بعض أولياء الأمور علي تدريب أطفالهم بشكل فعال.
  - توقع قيام أولياء الأمور بعمل كثير وعدم أخذ قسط من الراحة بسبب بقاء الطفل في المنزل. .
  - وضع قيود علي الفرص المتاحة للطفل للتفاعل الإجتماعي.
  - إنتقال المعلمات الأسريات من منزل لآخر يستغرق وقتاً طويلاً وقد ينطوي علي بعض الصعوبات الخاصة.

٣-التدخل المبكر في كل من المركـــز والمنزل:-

وفقاً لهذا النموذج يتم تقديم الخدمات للأطفال الأصغر سناً في المنزل وللأطفال الأكبر سناً في المركز. كما يتم أحياناً إلتحاق الأطفال في المركز لأيام محددة، ويقوم الأخصــــائيون بعمل زيارات منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين أسبوعياً حسب حالة الطفل وحاجات الأسرة.

ولا تختلف إيجابيات وسلبيات هذا النموذج عن إيجابيات وسلبيات النموذجين السابقين. إلا أن هذا النموذج يتميز بالسماح بتلبية حاجات الأطفال وأسرهم بمرونة أكبر، كما أنه يتطلب إشرافاً وبرمجة علي نطاق واسع.

٤-التدخل المبكر من خلال تقديم الإستشـــارات:-

في هذا النموذج يقوم أولياء الأمور بزيارات دورية للمركز بواقع مـــــرة أو مرتيـــن أسبوعياً وفيها يتم تقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء الأمور ومناقشة القضايا المهمــــة معهم. ويتم اللقاء بأولياء الأمور فردياً أو في مجموعات ويقوم فريق متعدد التخصصات بتقديم الخدمات للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة. ومن أهم خصائص هذا النموذج أنه يقوم بتدريـــب أولياء الأمور.

٥-التدخل المبكر في المستشفيـــات:-

وفيه تقدم الخدمات للأطفال صغار السن الذين يعانون من مشكلات وصعوبات نمائيـة شديدة جداً تتطلب دخولهم إلي المستشفي بشكل متكرر أو لفترات طويلة. وعن طريـــق هـذا النموذج يتم تدريب ومعالجة الأطفال علي أيدي فريق متعدد التخصصات غالباً ما يشمل أطباء الأطفال وأخصائي العلاج الطبيعي والأخصائيين النفسيين وأخصائي التربية الخاصة. ويلائـم هذا النموذج الأطفال أصحاب حالات الشلل الدماغي والقلب المفتوح والإصابات الدماغية.

٦-التدخل المبكر من خلال وسائل الإعــلام:-

يستخدم هذا النموذج التلفاز أو المواد المطبوعة أو الأفلام أو الأشـــرطة أو الألعــاب لتدريب أولياء أمور الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة الصغار في السن ولتوصيل المعلومات المفيدة لهم. وغالباً ما يتم تنفيذ هذا النموذج علي شكل أدلة تدريبية توضيحية تبيـــن لأوليــاء الأمور بلغة واضحة كيفية تنمية مهارات أطفالهم في مجالات النمو المختلفة وكيفية التعامل مع الإستجابات غير السوية التي يظهرونها. وغالباً ما يستخدم المنحني السلوكي في تنفيـــذ هـذا النوع من أنواع التدخل المبكر فيتم تدريب أولياء الأمور علي:-

- تحديد السلوك المستهدف وتعريفه.
- قياس السلوك.
- تصميم الأنشطة والتخطيط لها.
- تنفيذ الأنشطة.
- تقييم فاعلية الأنشطة.

(جمال الخطيب، مني الحديدي، ١٩٨٨، ٤٨ : ٥٤)

<u>الإعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبـــكر:-</u>

يتم تحديد الإعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر فيما يلي:-

- أهمية الخبرة المبكرة.
- أهمية الدور الذي تلعبه أسرة الطفل المعوق لتعليمه.
- أهمية تحسين كفاية الأسرة وتقوية كيانها كمساعد في حل مشكلة الطفل المعوق.
- أهمية توظيف قدرات آباء الأطفال المعوقين بالشكل المناسب ضمن إطار عمـــل الفريـــق للمساهمة في حل مشكلات أطفالهم.
- تحسين العلاقة الوالديه بالمعوق خطوة أساسية في برامج التدخل المبكر.
- تضمين الدعم الأسري في برامج التدخل المبكر يضاعف من تأثير تلك البرامج.

- أن تتضمن أهداف التدخل المبكر أهدافاً عمومية (صحة المعوق النفسية، تهيئة البيئة الأسرية ... إلخ) إلي جانب إهتمامها بالجوانب النمائية للمعوق.
- أهمية التحديد الدقيق للمصطلحات والمفاهيم المستخدمة في ممارسات التدخل المبكر.
- أهمية توفير أدوات تقييم موضوعية دقيقة تمكن القائمين علي برامج التدخل المبكر من تقييم التقدم والتحسن في شخصية المعوق.
- لا بد أن تشمل برامج التدخل المبكر تطويراً وتعديلاً لظروف البيئة المحيطة بالمعوق والتي قد تكون معوقة.
- أهمية البرامج الوقائية.
- أفضل البرامج هي التي تؤمن للمعوق حياة طبيعية وسط أهله وذويه لتجنبه الهزات النفسية.
- ضرورة أن لا تكتفي برامج التدخل المبكر بالتغيير في نمو المعوق ذهنياً وأن تركز أيضاً علي تغيير الأداء الكيفي للأسرة في علاقاتها وفي مدي قدرتها الإستقلاليه.

(Bailey, et al., 1998, 27 : 47) (شاكر قنديل، ٢٠٠٠، ٤ : ٥)

<u>أساليب الممارسة التنفيذية لبرامج التدخل المبكر:-</u>

وتحدد في الآتي:-

- أهداف مكتوبة للبرنامج وأساليب محددة لقياس نتائجه.
- أساليب متابعة الأداء لكل معوق وحاجاته.
- سبل تحديد الأهداف لكل معوق علي حدة وللأسرة أيضاً.
- طرق محددة لتحديد مفهوم الدعم الأسري إجرائياً وتحديد خدمات المعوقين إجرائياً.
- طرق محددة لتقويم العلاقات التفاعلية في الأسرة.
- أسلوب لتدوين الملاحظات حول الإستجابات الكيفية للمعوق.
- ترجمة الملاحظات إلي إجراءات وأفكار وبخاصة ما يتعلق بمزاج المعوق وعلاقته بوالديه.
- إجراءات بشأن تنفيذ الممارسات في ضوء تخصصات مختلفة وإتخاذ قرارات موحدة بروح الجماعة سواء فيما يتعلق بحل الخلافات في الرأي أو في إتخاذ القرارات بشأن المعوق.
- خطة إجرائية لضمان تنفيذ التدخل المبكر بطريقة علمية وبحثية وتتضمن إجراءات جمع المعلومات الكمية والكيفية، إجراءات قبول المعوق في البرنامج، وخطة متابعة الجهود مستقبلاً.

- التأكيد علي مشاركة الآباء والأخصائيين وفهم وتشجيع الأهداف التي يضعـــها الوالــدان للأسرة وإيصال المعلومات المتخصصة بطريقة مفهومة وفهم الفـــروق الثقافيـــة لأســـر المعوقين.
- تحسين الخدمات والتنسيق بينهما والتوعية بالخدمات المتوافرة في المجتمع والإستفادة مـن نماذج الخدمات والبرامج الناجحة وتسهيل عمليات التواصل بين المؤسسات المختلفة.

(مجدي صابر الدسوقي، ٢٠٠٠، ١٤٩)

فريق العمل في برامج التدخل المبكـر:-

الأطفال المتأخرين هم أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة إلي حد كبـــير فحاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس بإستطاعة أي تخصص بمفــرده أن يتفهمـــها ويعمل علي تلبيتها بشكل متكامل. ولذلك فهناك حاجة للعمــــل مـــن خـــلال فريـــق متعـــدد التخصصات مع الأطفال المتأخرين وأسرهم. والحاجات الفريدة الموجودة لدي الطفــــل فـــي مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والإجتماعي- الإنفعالي والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفريق والأدوار المتوقعة من كل تخصص.

(Bondurant – Utz, 1994, 59 :71) (Fox, et al., 1994, 243 : 257)

إن نجاح التدخل المبكر يعتمد علي الخدمات التي يقدمها أخصــائيون عديـــدون مـــن بينهم:-

١- أخصائي الوراثة Geneticist

ويقوم بعمل الفحص الطبي للحالات وتوقيع الكشف الوراثي عليها ودراسة شـــجرة العائلـــة، تسجيل التاريخ المرضي للحالات ودراسة الأشعات والتحاليل وخاصة تحليل الكروموســومات وذلك لتشخيص الحالات وتحديد العلاج المناسب لكل حالة. كما يقوم بمتابعة الأمـــهات عنـــد حدوث حمل جديد للتعرف على خطر الحمل في طفل مصاب بمرض وراثي أوغير وراثي.

٢- أخصائي النساء والتوليـــد Gynecologist

من خلال دراسة السيرة المرضية للأسرة ومتابعة أي مشكلات صحية تعاني منها الأم الحامل والإرشاد الجيني وغير ذلك. يستطيع أخصائي النساء والتوليد الكشف المبكر عن المشكلات أو الوقاية منها.

٣- أخصائي طب الأطفال Pediatrician

يمكن لأخصائي طب الأطفال التعرف علي الأطفال الأكثر عرضة للخطر ووقايتهم من الإعاقة عن طريق متابعتهم بشكل دوري منذ نعومة أظفارهم.

٤- أخصائي الأسنان Dentist

ويقوم بتشخيص وعلاج العيوب الخلقية في الفك والأسنان والمصاحبة لبعض الأمراض الوراثية والتعرف على النمو الغير سليم للأسنان كما يقوم بعمل تقويم للأسنان ومتابعة الحالات.

٥- أخصائي العيون Ophthalmologist

ويقوم بتشخيص ومعالجة أمراض العيون وتشخيص الضعف البصري مع أخصائي تقويم البصر ووصف العدسات التصحيحيه اللازمة.

٦- المختبر Clinical Pathologist

ويقوم بعمل التحاليل الوراثية للحالات خاصة تحليل الكروموسومات والغدة الدرقية وغيرها من التحاليل الهامة التي تفيد في تشخيص الحالة وتحديد نوع متلازمة داون وهل الحالة وراثية أم أنها طفرة جينية كما تحدد التحاليل إحتمالية إنجاب أطفال لديهم نفس الحالة عند حدوث حمل جديد أو إنجاب أطفال لديهم أى مرض وراثي ، كما يقوم المختبر بمتابعة أمهات الأطفال عند حدوث حمل جديد للتعرف على خطر الحمل في طفل مصاب بأي مرض من أمراض الجنين، ومن أهم أدوار المختبر عمل تحاليل للمقبلين على الزواج للتعرف على خطر إنجاب أطفال لديهم أمراض وراثية.

٧- أخصائي التغذية Nutritional Doctor

ويقوم بعمل تقييم للحالة الغذائية لكل طفل، وعمل نظام للحالات يتضمن الأطعمة التي تحتوي على مضادات الأكسدة والغنية بالفيتامينات المفيدة للأطفال، كما يقوم بمتابعة النظام الغذائي لكل حالة.

٨- أخصائي القياس السمعي Audiologist

يقوم بتقويم السمع لدي الأطفال لتزويدهم بالمعينات السمعية إذا إحتاج الأمر لذلك.

٩- الأخصـــائي النفسي Psychologist

وتمثل إسهاماته الرئيسية في تقييم النمو المعرفي والمهارات الإجتماعية الإنفعالية مــن جهــة وفي المشاركة في تصميم وتنفيذ البرنامج التربوي الفردي للطفل ذو الإحتياجات الخاصة مــن جهة أخري.

١٠- الأخصائي الإجتمــاعي Social Worker

ويقوم بمساعدة الطفل ذو الإحتياجات الخاصة وأسرته في الحصول علي الخدمات الإجتماعيـة اللازمة. كذلك يساعد في تقييم وتحليل الظــروف الأســرية الإقتصاديــة وتحديــد الأطفــال المعرضين للخطر والمشاركة في تقييم فاعلية الخدمات المقدمة.

١١- أخصائي إضطرابات الكلام واللغة Speech & Language Pathologist

يمثل أخصائي إضطرابات اللغة والكلام عضواً هاماً من أعضاء الفريق متعدد التخصصــــات الذي يمكن أن يطور البرامج التربوية والعلاجية للوقاية من الإعاقة والكشف المبكــــر عنــها ومعالجتها ذلك أن اللغة تلعب دوراً حاسماً في النمو الكلي لجميع الأطفال وعلي وجه التحديــد فهو يستخدم أدوات خاصة لتقييم المهارات الكلامية واللغوية للأطفال ويصــــف الإجــراءات العلاجية المناسبة.

١٢- أخصائي العلاج الطبيعي Physical Therapist

ويسهم في معالجة وتأهيل الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية بوجــــه خــاص والأطفــال ذوي الإحتياجات الخاصة بوجه عام، ويهتم أساساً بتقويم التشوهات ومنع التدهور فـــي العضـــلات وأوضاع الجسم وتنمية المهارات الحركية الكبيرة.

١٣- أخصائي العلاج الوظيــفي Occupational Therapist

ويركز أساساً علي تطوير المهارات الحركية الدقيقة للأطفال وتدريبهم في مجـــالات العنايــة بالذات والحركة وإستخدام الأدوات المساندة أو التصحيحية أو التعويضية.

١٤- الممرضـــة Nurse

لا يقتصر دور الممرضة علي العمل في المستشفيات بل تستطيع القيام بالعديد من الأدوار فــي المدرسة ومركز التدخل المبكر وغيرها. وبوجه عام تستطيع الممرضة تقديم مساعدة كبـــيرة

للأطفال المعوقين وأسرهم ومربيهم من حيث التوعية الصحية العامة والرعاية الطبية الروتينية والطارئة.

١٥- المعلمات والمعلمـــون Teachers

كثيراً ما تكون معلمات رياض الأطفال والآخرون الذين يقومون علي رعاية الأطفال أول مـــا يشتبه بوجود مشكلة نمائية ما لدي الطفل وليس من شك في أن قيام المعلمة بتحويل الطفل إلي الجهات المختصة يمكن أن يسهم في منع تدهور الأداء وفي تقديم المساندة اللازمة.

١٦- معلمات ومعلمو التربية الخاصـــة Special Education Teacher

إن أخصائين التربية الخاصة هم الذين يقومون فعلياً بتصميم وتنفيذ خدمات التدخـــل المبكـــر سواء في المراكز أو البيوت. وغالباً ما يقومون بدور منسقي أعمال الفريـــق. وعليـــهم تقـــع مسئولة تطوير البرامج التربيبة الفردية الملائمة بما تتضمنه من تحديد لمستويات الأداء فـــي مجالات النمو المختلفة وتحديد للأهداف طويلة المدى والأهداف قصيرة المـــدى والأســـاليب والوسائل المناسبة لتحقيق تلك الأهداف.

١٧- أولياء الأمـــور Parents

تنص التشريعات في الدول المتقدمة علي أن الآباء والأمهات يقومون بأدوار محددة في تربيـــة أطفالهم ذوي الإحتياجات الخاصة وتأهيلهم وتلزمهم وتلزم الكوادر العاملة في الميدان بالمشاركة في عضوية الفريق متعدد التخصصات.

(جمال الخطيب، مني الحديدي، ١٩٩٨، ٤٥ : ٤٧)

وتشير الدراسات إلي وجود نقص كبير في الكوادر المؤهلة للعمل مع الأطفـــال ذوي الإحتياجات الخاصة صغار السن وأسرهم حتى في الدول المتقدمة التي حققت فيـــها التربيـــة الخاصة إنجازات كبيرة في العقود الماضية.

(Stayton & Johnson, 1990, 352: 353)

<u>الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبـــكر:-</u>

تشمل الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر النواحي التالية:-

- معـــرفة مراحل النمـــو الطبيعـــي وغير الطبيعـــي في الطفولـــة.

(Dinnebil, et al., 1998, 28 : 118)

- القدرة علي معرفة أعراض الإعاقة المختلفة وتطبيق أدوات التقويم الرسمية وتفسير نتائجها.
- القدرة علي ملاحظة سلوك الأطفال.
- القدرة علي توظيف الأساليب غير الرسمية في تشخيص مشكلة النمو.
- القدرة علي تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في مجالات النمو والتعليم قبل المدرسي.
- القدرة علي تصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية للأطفال صغار السن.
- القدرة علي تفهم مبدأ الفروق الفردية بين الأطفال وتلبية إحتياجات كل طفل وفقاً لذلك.
- القدرة علي العمل بفاعلية ضمن فريق متعدد التخصصات.
- القدرة علي تجنيد وتدريب مساعدي المعلمين والمتطوعين والمتدربين وغيرهم لدعم برامج التدخل المبكر.
- القدرة علي تنظيم البيئة التعليمية للأطفال علي نحو يشجعهم علي التواصل والإكتشاف.
- القدرة علي إرشاد الأسر وتدريبها للعمل علي مشاركتها في برامج التدخل المبكر.
- فهم الفلسفة الكامنة وراء المناهج المستخدمة.

والبرامج التدريبية المتخصصة غالباً ما يقوم علي تخطيطها وتنفيذها أقسام متنوعة مثل التربية الخاصة والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والتمريض.
(Bailey. Et al., 1990, 26 : 35) (Bennett. et al., 1997, 31 : 115)
(Buysse. et al., 1998, 84 : 169)

<u>وظائف فريق التدخل المبكر:-</u>

تقوم فرق التدخل المبكر خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة بالوظائف الأساسية التالية:-

١- تقويم الطفل وأسرته Assessment Process

حيث يتم تحديد الحاجات الخاصة بكل طفل وكل أسرة عن طريق التقويم الذي يستخدمه فريق التدخل المبكر. ويتنوع عدد أعضاء هذا الفريق وفقاً لمتطلبات كل موقف فعلي سبيل المثال قد يتطلب التقويم التشخيص تدخلاً أكثر عمقاً لعدد معين من المهنيين ذوي تخصصات علمية مختلفة بينما قد لا يطلب التقويم عند إجراء المراجعة ربع السنوية لمتابعة تقدم الطفل سوي المهنيين الذين يقدمون الخدمة اليومية للطفل. ويتفق بناء فريق التقويم الفعال مع بناء فريق حل المشكلة الذي أشار إليه كل من لارسون ولافستو الذي يتطلب مستوي عال من الثقة بين أعضائه وبيان عمل يركز علي القضايا لا الحلول المقررة سلفاً ويتفق مع التفريد الذي يتميز به بروتوكول التقويم.

٢- تخطيط التدخل Intervention Planing

تخطيط التدخل عادة ما يتم في سياق تخطيط برنامج التعليم الفردي أو الخطة الفردية لخدمة الأسرة. ويتنوع أيضاً عدد المشاركين في فريق التخطيط تبعاً لرغبة الأسرة في أن يقتصر علي من يقدمون الخدمات فقط أو رغبتها في إضافة مهنيين آخرين للإستعانه بهم في تقديم إستشاره لعملية تخطيط الخدمة لضمان شموليتها. ويتطابق بناء الفريق الإبداعي مع وظيفة تخطيط التدخل التي يقوم بها فريق التدخل المبكر والتي تركز علي إكتشاف الإمكانيات والبدائل الجديدة ويتميز فيها الفريق بالإستقلاليه في التفكير بما ييسر تحديد نتائج فريدة ومرنة ومجموعة واضحة من مستويات الأداء المعيارية ويجب أن يكون لدي فريق تقديم الخدمة المبكرة القدرة علي الإستجابة لمجموعة من الأبعاد المتعلقة بإحتياجات الطفل والأسرة مثل ثقافة الأسرة وأساليب التدخل الطبيعية والنتائج الوظيفية.

٣- تقديم الخدمة للطفل والأسرة Service delivery

يتنوع أعضاء فريق التدخل المبكر ومقدمي الخدمة بإستمرار تبعاً لتغير إحتياجات الطفل وأسرته فقد يضم الفريق أعضاء أساسيين مسئولين عن تقدم الخدمة وأعضاء إستشاريين يقدمون خدمات مباشرة أو غير مباشرة للطفل أو لأي شخص آخر مرافق له عند الطلب. ويتحمل فريق تقديم الخدمة مسئولية تنفيذ خطة محددة جيداً كما هو الحال بالنسبة للفريق التكنيكي ولديه مجموعة من مستويات الأداء المعيارية ومهام وأدوار محددة بوضوح ويؤمن بناء الفريق فعالية كل عضو فيه وفعالية الفريق ككل.

(نجده إبراهيم علي، ٢٠٠٢، ٤٦ : ٤٧)

<u>دور الأسرة في تنشئة الطفل:-</u>

الأسرة هي المؤسسة الإجتماعية الأولي التي تلعب الدور الأساسي في تربية الطفل وتلقينه القيم الأخلاقية والمعلومات المتنوعة لتساعده علي بناء تكوينه المعرفي وتحديد معاملاته مع الآخرين.

(زينب محمود شقير، ١٩٩٩، ١٣٢)

فالأسرة تؤدي دوراً بالغ الأهمية تجاه الطفل حيث تقوم بتحويله من كائن بيولوجي إلي كائن إجتماعي، كما أن لها دوراً مؤثراً في عملية التنشئة الإجتماعية وتوفير الرعاية

الإجتماعية والنفسية للطفل والإشباع المنتظم لحاجاته ودوافعه البيولوجية والسيكولوجية مما يؤدي إلي تحقيق النمو السوي والتوافق الإجتماعي.

(ألفت محمود نجيب يوسف، ٢٠٠٠، ٣٣)

وإذا كانت التنشئة الإجتماعية للطفل تتم من خلال مؤسسات ووكالات إجتماعية وثقافية متعددة فإن الأسرة تقف في مقدمة هذه المؤسسات وتحجز لنفسها الإسهام الأكبر في هذه العملية.

(علاء الدين كفافي، ١٩٩٩، ٩٧)

كما أن الوالدان والطفل يؤثر كل منهما علي الآخر فالأم تزاوج بين سلوكها وبين المستوي الإرتقائي للطفل وفي نفس الوقت تحاول أن تستثير لديه مستويات أعلي من السلوك والطفل يرتقي وينمو من خلال أمه.

(لويس مليكة، ١٩٩٨، ٤٢ : ٤٣)

<u>إتجاهات الأسرة نحو الطفل ذو الإحتياجات الخاصة:-</u>

هناك توقعات يحتفظ بها الوالدان خاصة بأطفالهما حديثي الولادة فإذا ما حدث عكس ذلك

تكون النتيجة مشاعر مختلفة من الخوف والألم، خيبة الأمل، الشعور بالذنب والإرتباط والعجز والقصور.

(ألفت محمود نجيب يوسف، ٢٠٠٠، ٣٤)

إن أول رد فعل للوالدين هو شعورهم (بالصدمة) حيث ينتابهما مشاعر الرفض وينكران وجود أي مشكلة لدي الطفل. ثم تأتي مرحلة الإدراك والفهم حيث يدركان أن هناك مشكلة فعلية لدي طفلهما ويصاحب ذلك قلق شديد وإكتئاب ثم مرحلة الإنسحاب أو التراجع حيث يرغب الوالدان في التراجع وترك كل شئ يقوم به شخص آخر غيرهما وفي النهاية تأتي مرحلة الإعتراف والقبول وهي المرحلة الأخيرة في الأزمنة النفسية التي يمر بها الوالدين ولكن لا نستطيع قول ذلك بشكل قاطع حيث يظل الوالدان يتمنيان دائماً لو أن طفلهم ليس لديه مشكلة حتى يمكنهما التكيف مع الحقائق.

(فاروق صادق، ١٩٩٥، ٢١٨ : ٢١٩)

ومما سبق يمكن تلخيص أهم ردود الفعل الشائعة لدي الوالدين فيما يلي:-

١- القلق، الشعور بالذنب والإحباط، واليأس، والعجز عن مواجهة الموقف.

٢- التشكك في التشخيص.

٣- الإعتراف بإعاقة الطفل دون تبصير المشكلة.

٤- التبصير بمشكلة الطفل وقبول إعاقته والسعي إلي تعليمه وتأهيله.

(عادل الأشول، ١٩٩٣، ٢٧ : ٢٨)

كيفية تغيير إتجاهات الوالدين نحو الطفل:-

يمكن أن يتم تغيير إتجاهات الوالدين نحو الطفل ذو الإحتياجات عن طريق:-

- إدراك الوالدين لإمكانيات وقدرات الطفل وتقديرهم لها دون التركيز علي جوانب الضعف فقط.
- إتاحة الفرصة للطفل للتفاعل والإحتكاك مع أقرانه الطبيعيين في نفس المرحلة العمريه.
- وضع توقعات واقعية لأداء الطفل في ضوء قدراته وإمكانياته.
- إتاحة الفرصة للطفل لتنمية التعليم الذاتي المباشر والذي يشمل المشاركة في إنتقاء الأهداف وتحديدها.
- البحث عن الخدمات التعليمية التي تعمل علي تعزيز وتطوير إمكانيات الطفل وعلاج أوجه القصور والضعف بصورة مبكرة كلما أمكن ذلك.

فالطفل ذو الإحتياجات الخاصة غالباً ما يمكنه الحياة بصورة مستقلة عن الآخرين وممارسة عمل أو حرفة يتكسب منها حيث أن النجاح في الحياة لا يعتمد فقط علي الذكاء إنما يعتمد علي القدرات المختلفة والنضج الإجتماعي والإنفعالي.

(محمد إبراهيم عبد الحميد، ١٩٩٩، ٣٩)

أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر:-

إن التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات مع أولياء الأمور تكون أساسها المشاركة في تخطيط الخدمات وإتخاذ القرارات بشأنها مما يتطلب تعود الأخصائيين المهنيين العمل مع الأسرة. فإدراك الأخصائيون لصدق المنظور الأسري يجعلهم يتنازلوا عن جزء من هيمنتهم علي الأسرة والعمل علي المشاركة الفعالة للأسرة في برامج التدخل المبكر.
(Mc Donnell, et al., 1995, 107)

وتتضح أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:-

- لا يؤخذ في الإعتبار أي برنامج للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة إلا مع وجـود تـأثير فعال للوالدين في تعليم أبنائهم.
- تؤكد برامج التدخل المبكر علي أهمية إشتراك الأسرة مع الأخصائيين في تقييم قـدرات وإمكانيات الطفل وتحديد الأهداف الخاصة بالبرامج مما يزيد من فاعلية البرامج.
- يشترك الوالدين مع الأخصائيين في وضع أولويات الإحتياجات سواء للطفل أو الأسرة.
- مشاركة الأسرة في تخطيط التدخل ورقابة التقدم بناء علـي المعلومـات القائمـة علـي الملاحظة والتدخل في الأنشطة اليومية.
- بعض برامج التدخل المبكر تعتمد بشكل كبير علي التدريـب فـي المـنزل والمشـاركة الأساسية للأسرة وهي من أفضل برامج التدخل المبكر.

- دور الأم في تدريب أمهات آخرين وتعديل إتجاهاتهم نحو طفلهم ذو الإحتياجات الخاصـة ومساعدتهم علي تقبله.

(روبرت .ج. مايرز، ١٩٩٣، ٩٠ : ٩١) (Mc William, R. A., 1996, 185)
(Tumbull, et al., 1994, 1 : 14)

<u>المبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة:-</u>

١. توجيه التقويم والتدخل يتم عن طريق مصالح الأسرة وأولوياتها.
٢. علي الأخصائيين المهنيين تزويد الأسرة بالمعلومات التي تساعدها علي القيام بدورها في صنع القرار.
٣. حساسية التقويم والتدخل للإختلافات الفردية من حيث إحترامه لقيم الأسرة ومعتقداتها وأنماط حياتها.
٤. للطفل ذو الإحتياجات الخاصة حاجات كبيرة إلا أن حاجات أسرته أكبـر.
٥. تكيف الطفل ذو الإحتياجات الخاصة يعتمد لدرجة كبيرة علي دعم الأسرة له وتفهمها لحاجاته وخصائصه.
٦. وراء كل طفل ذو حاجات خاصة أسرة ذات حاجات خاصة. كما أن هناك فروق فردية كبيرة بين الأطفال وفروق كبيرة بين الأسر والأخصائيـون غالباً ما يهتمون بتلبية حاجات الطفل ولا يهتمون بتلبية حاجات الأسرة.
٧. أسرة الطفل ذو الحاجات الخاصة بحـاجة إلي قسط من الراحـة والدعـم والإرشاد والتوجيه بدون إحساسها بالضعف.

٨. غالبـــاً ما تعبر أسرة الطفـل ذو الحاجات الخاصة عن إعتقـادها بـــأن الأخصائيين لا يتفهمون مشكلاتها ومشاعرها الحقيقية.
٩. لا يستطيع أي أخصائي مهما بلغت مهاراته أن يلبي بمفرده جميع حاجات أسرة الطفل ذو الحاجات الخاصة.
١٠. الإجتماع مع الأب والأم كلما سمحت الظروف والإستماع إليهما وتزويدهم بالمعلومات عن طفلهما وتشجيعهما علي الشعور بأنهما أصحاب القرارات النهائية بشأن طفلهما.
١١. التصرف بطريقة لبقة أمام الوالدين وعدم إنتقاد الآخرين أمامهما أو الشكوى من الأباء الآخرين.
١٢. إعطـــــاء الوقت الكافي للوالدين لفهم مشكلة طفلهم وعدم إتهام الوالدين أو إشعارهما بأنهما السبب في مشكلـــة طفلهما والنظر إلي مشكلة الطفل من وجهة نظر والديه وتفهم الصعوبات التي يواجهونها.
١٣. تجنب إستخدام المصطلحات التي لا يعرفها الوالدين وإستخدام اللغة الدارجة التي يستطيعان فهمها.
١٤. مساعدة الوالدين علي تحقيق أهداف واقعية ممكنة وتجنب التعامل مع كل الأسر بنفس الطريقة.
١٥. تقديم إجابات علمية وموضوعية لأسئلة الوالدين.

(نجده إبراهيم علي، ٢٠٠٢، ١٦ : ٥٢)

<u>التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات الجسمية والصحية</u>

يقصد بالتدخل المبكر بمفهومه العام الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائيـــة والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية، والرعاية الصحية الأولية، وكذلك الخدمات التأهيليـــة والتربوية والنفسية اللاحقة. ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنييـــن أنفســـهم وإنما يشمل أيضاً أسرهم والتدخل على مستوي البيئة والمجتمع المحلى. حيث يكون الغـــرض من خدمات الرعاية المبكرة وبرامجها التقليل من الحواجز والعوائق المتواجـــدة فـــي البيئـــة المحلية، وكذلك في تطوير وتحسين إجراءات السلامة المتوفرة محلياً. إضافة إلـــي إمكانيـــة شمولها على تعزيز وتطوير برامج التوعية الإجتماعية للتقليل من الآثار السلبية المترتبة على الإعاقات الجسمية والصحية.

وبالتحديد، فإن منظمة اليونسيف قد لخصت المشكلات الخاصة التي تعاني منها الدول النامية في مجال الوقاية والتدخل المبكر، في النقاط التالية:

١-إنخفاض الوعي الصحي والإجتماعي والتعليمي لدي نسبة عالية من السكان.

٢-وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن إعتبارها من صلب الفئات المحرومة أو التي لا تتلقي المستويات الدنيا من الخدمات الضرورية.

٣-غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها لدي غالبية أفراد المجتمع.

٤-إنعدام أو عدم كفاية البرامج الملائمة حول الوقاية، أو العوامل المسببة للإعاقة. وندرة الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة وخاصة في مجال الوقاية والرعاية الصحية والأولية.

٥-وجود عوائق مادية وجغرافية مثل عدم توفر الدعم المادي اللازم وإتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة.

٦-غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوفرة محليا ، سواء كانت إجتماعية أو تعليمية أو صحية.

٧-ندرة إستغلال المصادر المحلية بشكل أمثل.

٨-إعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعوقين في أدني سلم الأولويات لدي كثير من المجتمعات النامية.

وعلى الرغم من فداحة هذه المشكلات وضخامتها، فإنه يمكن تخفيضها أو الحد منها بدرجة كبيرة في حال الإلتزام ببعض الأسس والمبادئ العامة التالية وما يصاحبها من تفصيلات وخطوات إجرائية لاحقة:-

١-يعتبر التوسع في الخدمات وتنمية برامج الرعاية المبكرة أمرا حيويا يجدر تعزيزه بحيث تصبح تلك الجهود جزءا رئيسيا من خطط التنمية الوطنية المصممة خصيصا لتطوير جميع المرافق والخدمات الصحية والتعليمية والإجتماعية.

٢-بذل جهود نوعية للمحافظة – بأقصى درجة ممكنة – على النمو الطبيعي للطفل. وتشكل الأسرة أداة رئيسية لنجاح هذا الإجراء عندما يتم تنمية قدراتها ودعم إمكاناتها في التعامل الأمثل مع مشكلات الإعاقة لدي طفلها.

٣-على المؤسسات المحلية المختلفة سواء كانت تابعة لجهات رسمية أم تطوعية، أن تلعب دورا مسؤولا في تنظيم وتنسيق جهودها وتوجيه خدمتها، ودعمها المادي

والمعنوي لكل من الأسر والأطفال أنفسهم. ويتطلب ذلك العمل الجاد من قبل الإختصاصيين في توفير المواد التدريبية والبرامج والمعلومات اللازمة للعاملين لدي تلك المؤسسات.

٤-تهيئة الكوادر المتخصصة للعمل على تدريب الأسر والأطفال ذوي الإحتياجات التربوية الخاصة.

٥-التركيز أولاً وقبل كل شئ على الوقاية من الإعاقة.

٦-الإهتمام بالتعرف المبكر على الحالات والإسراع ما أمكن في تقديم الخدمات العلاجية الملائمة. ولتحقيق ذلك فإن الأمر يتطلب إثراء وتطوير برامج الخدمات الأساسية المتوفرة محلياً، ومن ثم إستغلالها والإستفادة منها في تنفيذ تلك البرامج.

ويتفق مع تلك الأسس والمبادئ ما أقره المجلس التنفيذي لليونسيف سنة ١٩٨٠ من إقتراحات وغيرها من التوصيات المقدمة لمؤتمر الأسكوا المنعقد في عمان ١٩٨٩م. وقد ركزت تلك المقترحات على ضرورة تنفيذ إستراتيجية موسعة للوقاية من الإعاقة، وإعادة التأهيل، و**إعتمدت هذه الإستراتيجية على ثلاثة عناصر أساسية هي:-**

١-الوقاية الفعالة من إعتلالات الأطفال، وذلك من خلال التطعيم ضد الأمراض المعدية وتوفير مواد غذائية إضافية للحد من الإضطرابات الناشئة عن النقص في فيتامين (أ) واليود، وإتخاذ التدابير اللازمة للحد من الإصابات الناتجة عن الحمل أو الولادة أو الحوادث.

٢-الكشف المبكر عن الحالات والتدخل للحد من آثار العوق.

٣-الإعتماد على العائلة والمجتمع كأداة أولية لتوصيل الخدمات للأطفال المعوقين.

وتؤكد هذه المقترحات أيضاً على ضرورة وضع إجراءات أفضل لمتابعة، ورصد حالات الولادة قبل الولادة وأثنائها وبعدها. ويمكن لوحدات العناية الأولية وغيرها من هياكل الخدمات الصحية والمجتمعية أن تلعب دوراً فعالاً في هذا الخصوص. ولا تقتصر تلك المتابعة على توفير التغذية، والتطعيم، والخدمات الصحية المختلفة، بل تصل إلي ضرورة التدخل المبكر قبل أن تؤدي تلك الظروف إلي إحتمال حدوث إعاقات أو إصابات بدنية وعقلية أو إضطرابات إنفعالية. وتنسجم توجيهات اليونسكو (١٩٨٩م) المقدمة إلي

المؤتمر نفسه مع تلك الإقتراحات، حيث أشارت إلي أن الشكل الأول من التدخل التربوي يكمن في نوعية تلك الخدمات أولاً والتربية الموجهة نحو الوقاية من حالات الإعاقة ثانياً. فقد أصبح من المعروف أن كثيراً من العلل أو الإعاقات أو الإصابات يمكن منعها أو تخفيفها إلي حد كبير إذا كانت الأسر المعنية تتمتع بدرجة كافية من الوعي بالإجراءات الصحية المتوفرة محلياً وسبل الإستفادة منها. وكذلك يمكن الوقاية من كثير من حالات العوق الناتجة عن حوادث العمل والمرور في حال تنفيذ التعليمات الإدارية والفنية، وزيادة الوعي بكافة الإجراءات الوقائية اللازمة.

وفي ضوء ما سبق، فإنه يمكن إقتراح عدد من الأسس والمبادئ والعناصر الأساسية في التدخل المبكر على نحو يشمل كلاً من مرحلة الخدمات الوقائية والمرحلة التشخيصية والمرحلة العلاجية والتربوية وأية إعتبارات أخري لاحقة.

أولاً: مرحلة الوقاية

لقد إختلفت النظرة الحديثة لمفهوم الوقاية عما كانت عليه سابقاً، فحسب المفهوم الشمولي الذي تبنته منظمة الصحة العالمية (WHO, 1970) ، فإن الوقاية لم تعد تقتصر على تلك الإجراءات التي تحد من إحتمال حدوث الإعاقة، بل أصبحت تشتمل على إجراءات تهدف إلي منع تطور الحالة إلي درجة من العجز والإعاقة، وكما أشار **القريوتي** (١٩٩٠) في عرضه لمفهوم الوقاية وفق تعريف منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٧٦م فإنه يقصد بها مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلي الحيلولة دون / أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلي عجز في الوظائف الفسيولوجيه أو السيكولوجية. وكذلك الحد من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصي درجة ممكنة من التفاعل المثمر والبناء مع بيئته ومجتمعه، وذلك بأقل درجة ممكنة من المحددات إضافة إلى توفير كافة الفرص والإمكانات الملائمة بشكل يسمح للفرد بالإقتراب ما أمكن من حياة العاديين. وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو إجتماعي أو تربوي أو تأهيلي ".

ثانياً : مرحلة التشخيص

يقصد بالتشخيص هنا تحديد طبيعة المشكلة أو الإعاقة التي يعاني منها الطفل على نحو تستدعي حالته التدخل المبكر، وتقديم الخدمات العلاجية اللاحقة. ويسمح التشخيص الملائم باتخاذ القرار والإجراءات القانونية المتعلقة بوصف الحالة وتحديد المكان التربوي المناسب عندما تثبت حاجتها لتلقي مثل تلك الخدمات. ونظراً لخطورة التشخيص وأهميته في نفس

الوقت، فقد حددت معاييره وخطواته وإجراءاته من قبل عدد كبير من المراجع العلمية والدراسات والأبحاث المستفيضة. ويمكن تلخيص معايير التشخيص وإجراءاته وفق مراحله المختلفة، وعلى الأخص عند الكشف عن الحالات وتحديدها وكذلك عند تشخيصها. ويعتبر الكشف عن الحالات التي تستدعي التدخل المبكر في مقدمة إجراءات التشخيص وأول خطواته العملية نحو تحديد وتحويل الأطفال ممن هم في سن ما قبل المدرسة إلى برامج التشخيص والمعالجة المناسبة. وتهدف هذه العملية إلى تشجيع المختصين من تربويين وأطباء وأخصائيين اجتماعيين على القيام بمراجعة وتدقيق جميع حالات الأطفال التي تراجعهم، ودراسة جميع الجوانب الصحية والنمائية والأكاديمية. وكذلك ظروف الطفل وبيئته الإجتماعية بشكل يسمح بتحويل من تستدعي حالته إلى تلقي خدمات تشخيصية وعلاجية مبكرة.

وغالباً ما يتم الكشف عن الأطفال الذين يعانون من إعاقات جسدية وصحية واضحة عن طريق الأطباء، ومن خلال إجراء بعض الفحوص المخبرية أو تطبيق الإختبارات النفسية والتربوية في بعض الأحيان. وبما أن الإصابة أو الإعاقة تكون قد حدثت بالفعل، فإن أهمية كشف هذه الحالات يكمن في التحويل والجهة التي سيتم التحويل إليها بالفعل لتلقي الخدمات التدريبية والعلاجية الملائمة. أما الأطفال الأكثر عرضة للإصابة فهم لا يعانون من إضطرابات ظاهرة، لكن تاريخهم الطبي والتطوري يستدعي مراقبتهم ومتابعة حالاتهم. ويعتبر البعض منهم أكثر عرضة للإصابة من الناحية الصحية أو البيولوجية، وبذلك يقع على عاتق الأطباء والمؤسسات الصحية المختلفة مسؤولية توفير الخدمات الإرشادية والتوجيهية المناسبة لأسر هذه الحالات من مثل المتابعة الطبية وإمكانية الوصول إلى برامج المسح والتقييم الشامل للأطفال. أما البعض الآخر فهم أكثر عرضة من الناحية الإجتماعية والبيئية، ويمكن الوصول إلى المعلومات التي تؤكد وجود هذه الحالات من خلال الإستعانة بالجيران أو الأصدقاء أو الجمعيات الخيرية. وتلعب مؤسسات الخدمات الإجتماعية المتواجدة في البيئة المحلية دوراً بارزاً في خدمات التحويل وتقديم المشورة اللازمة في مثل هذه الحالات.

ثالثاً: مرحلة المعالجة وتقديم الخدمات

تأتي هذه المرحلة بعد التأكد من حاجة الطفل للخدمات العلاجية المتخصصة. ويمكن تنفيذ هذه البرامج حسب المفهوم التربوي من قبل مدرس التربية الخاصة، وذلك وفق خطة تربوية علاجية تلبي الحاجات الفردية لكل حالة. ولا تقتصر هذه الخطة على المهارات التربوية وإنما يجب أن تشتمل على المهارات الأخرى الضرورية لكل حالة مثل خدمات أخصائي النطق أو العلاج الطبيعي أو الخدمات الطبية. وعلية، فإن تصميم هذه الخطة وتنفيذها

يتطلب الإستعانة بمختلف التخصصات والخبرات التي تستدعيها طبيعة الحالة. وقبل تحديد البرامج الملائمة، فإنه يلزم تحديد المهمات التي يستطيع الطفل إتقانها. فعلى سبيل المثال، فإن معلومات التشخيص العامة الواردة في تقرير التشخيص لا تعتبر كافية بالنسبة للمدرس عندما يرغب في تصميم الخطط التربوية والعلاجية، مما يستدعي إجراء تقييم تربوي شامل يحدد مستوى الأداء الحالي للطفل، ويسهم بالتالي في تطوير الخطة الفردية وفق ذلك المستوى.

وتعتبر مسئولية إجراء هذا النوع من التقييم من مسؤوليات المختصين الذين سيقع على عاتقهم لاحقاً تنفيذ برامج الطفل، مثل معلم الفصل وأخصائي الخدمات المساندة مثل (معالج النطق، المعالج المهني، أخصائي الإدراك الحركي ... إلخ). هذا ويجب أن يشتمل التقييم التربوي على حالة الطفل النمائية ومستوى مهاراته في كل من:

- النمو الحركي.
- المهارات اللغوية.
- مهارات العناية بالذات.
- النمو المعرفي.
- النمو الإنفعالي.
- مهارات ما قبل المدرسة.
- المهارات الحياتية اليومية.

ومن المتوقع أن تسهم هذه المعلومات في إعداد الخطة الفردية.

وأخيراً فإن توفير مراكز الأمومة والطفولة، وتحسين دورها يعتبر عنصراً حيوياً في تعزيز مرحلة المعالجة وتطوير الخدمات الوقائية. ولا يقتصر دور هذه المراكز على إجراءات الوقاية، بل يشتمل على خدمات الرعاية الصحية الأولية أيضاً.

(عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي، ١٩٩٨، ٢٣ : ٣٣)

ثـــانـــياً: برنامج بورتيدج للتربية المبكرة:

- مــقـــدمـــــــة
- تعريف البرنامج
- تطور البرنامج
- ماهية برنامج بورتيدج
- الأسس التي قام عليها البرنامج
- أهداف البرنامج
- آليات تنفيذ البرنامج
- مكونات البرنامج
- نواحي القوة والضعف في البرنامج
- المستفيدون من البرنامج
- القائمون على تنفيذ البرنامج
- معايير تطبيق البرنامج
- محتويات البرنامج
- جدول بورتيدج للفحص
- إستخدام جدول بورتيدج للفحص
- مدخل لتعديل المشكلات السلوكية
- تقييم خدمة بورتيدج
- نموذج بورتيدج التعليمي
- بورتيدج في المدارس

مقدمـــــــــــــــــة

إن رعاية الأطفال وتربيتهم وتعليمهم واحدة من أكثر المساعي التي قد يشـــــارك فيها البالغون إثارة للتحدي والإشباع، ويزداد التحدي الذي يواجه آباء وأمهات الأطفـــــال ذوي الإحتياجات الخاصة أو المعوقين عن التحدي الذي يواجـــه غـيرهم، كمـــا تكـثر مسؤلياتهم وتزداد وطأتها بالمقارنة بغيرهم. ويمثل الدعم والمساعدة الإتيان مـــن داخـــل الأسرة مع التحديات المرتقبة. وقد كان مشروع بورتيدج واحـــداً مـــن أنجـــح الــبرامج المواجهة مباشرة لإحتياجات أسر الأطفال ذوي الإعاقات. والمركز النظـــري لمشـــروع بورتيدج هو الدور الأولي الذي يلعبه الوالدان في نمو أطفالهم وكل الإجراءات مصممـــة من أجل تعزيز ذلك الدور.

وقد نجح النموذج مع أسر تنتمي إلي نطـــاق واســـع مـــن الثقافـــات والطبقـــات الإجتماعية والإقتصادية. ومن الأطفال الذين قدمت إليهم الخدمات أطفال لديـــهم حـــالات معوقة شديدة التنوع تتراوح ما بين حالات التأخر البسيطة والشديدة.

وقد إحتفلت جمعية بورتيدج القومية حديثاً بالذكري الســـنوية العاشـــرة لإدخـــال مخطط بورتيدج في إنجلترا وقد أعطي تجمع المهنيين المختصيين برعاية الأطفـــال مـــع الآباء و الأمهات بياناً عملياً عن قوة ذلك النموذج وفائدته في تلبية إحتياجات الأسر أثنـــاء نضالها مع التحديات الخاصة المتعلقة بتربية طفل ذي إحتياجات خاصة.

وقد نتج عن مخطط بورتيدج عديد من التعديلات التي صممت لتلبي إحتياجـــات الأسر ذات الخلفيات الثقافية المتنوعة والتي إنحدرت من تجمعات جغرافية مختلفة. وقـــد تمخضت تلك التعديلات عن دراسات بحثية وإصدارات عديدة ونمو واسع فـــي المـــواد التدريبية والمنهجية.

أما أهم ما نتج عن النموذج فهو المجموعة الكبيرة من المتخصصين في رعايـــة

الطفل ممن كرسوا أنفسهم لتزويد الأسر وصغار الأطفال بأكثر الخدمات جودة وترجــع تلك النتيجة أكثر ما ترجع إلي التدريب الممتاز الذي قدمته مجموعات متنوعة في إنجلترا إلي المهتمين بتعلم كيفية تنفيذ النموذج.

(مولي وايت، وروبرت. ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٢١)

تعريف البرنامــج

قام العديد من العلماء بوضع تعريفات للبرنامج منها ما يؤكـد علـي الخـبرات والممارسات والأنشطة المحددة للبرنامج فتذكر **ليلى كرم الدين** (١٩٩٤) أن البرنامج هـو مجموعة من الخبرات المحددة التي يعرض لها الأفراد بطريقة معروفة ومحـددة بـهدف إكسابهم معلومات أو مهارات أو إتجاهات في جانب محدد من جوانب سلوكهم.

(ليلي كرم الدين، ١٩٩٤، ١٢)

أما **سعدية بهادر** (١٩٩٤) فتذكر أنه مجموعـة مـن الممارسـات والأنشـطة والألعاب والمواقف والأساليب التي يمارسها الطفل مع المشرفة خلال يوم كامل من أيـام الأسبوع وهذه الأنشطة ترتب ترتيباً دقيقاً مناسباً لمستوى نمو الطفل الذي وضعـت مـن أجله وتتدرج في فقرات موجهة بحيث تفصل بين الفقرة والأخرى فترات راحة ويسبق كل فترة تمهيد لها.

(سعدية بهادر، ١٩٩٤، ٣٥ : ٨٨)

كما تؤكد **نجوى الصاوي أحمد** (٢٠٠١)على أن البرنامج هـو مجموعـة مـن الخبرات المناسبة لخصائص النمو فتذكر أن: البرنامج هو مجموعة من الخـبرات التـي تنظم معاً من خلال الأنشطة المختلفة وتقدم للطفل في إطار عدد من الوحدات تتناسب في مجملها مع خصائص نمو الأطفال وحاجاتهم التربوية بهدف تنمية عمليات العلم الأساسـية وإكسابهم مفاهيم العلوم.

(نجوى الصاوى أحمد، ٢٠٠١، ١٢٦)

وقد صممت برامج التدخل المبكر في مرحلة الطفولة لإمداد المساعدة للأطفال ذوى التحديات الجسمية أو التنموية ومعظم برامج التدخل المبكر تجعل من الآباء الأعضاء الأساسيين لفريق المتخصصين والذين يهدفون إلى تلبية احتياجات الطفل الخاصة ٠

ونقدم هذه البرامج من خلال المؤسسات الإجتماعية الخاصة بالأطفال وتبحث هذه البرامج عن الإيجابيات التي تحققها لكل من الأسرة وأطفالها في آن واحد ٠

(Graham green, 1995, 3)(www.The Lissencephaly Network Inc, 2001)

وأن أفضل البرامج التدخليه هي التي تتكامل أهدافها مع الجهود المحلية و تستفيد منها وهى التي تؤمن حياة طبيعية للطفل وسط أهله وذويه ثم تجنبه الهزات النفسية.

(زينب محمود شقير، ١٩٩٩، ٣٢٦)

فالبرنامج الناجح هو الذي يكون مصحوباً بإسلوب محدد من التغذية المرتدة المستمرة والتي تجعل الطفل يستمر في العمل واللعب من خلال أنشطة البرنامج وتوجه الطفل إلي الأنشطة والممارسات السلوكية والتدريب عليها من خلال عمليات التقويم المستمرة التي تقوم بها المعلمة لتحديد مستوي الطفل عن طريق النشاط الذي يمارسه.

(سعديه بهادر ، ١٩٩٦ ، ٢٦)

ومما سبق يمكن القول بأن: -

البرنامج هو خطة محددة تهدف إلى تنمية قدرات الطفل وإكسابه مجموعة من المهارات والأنشطة والسلوكيات وفقاً لما يتناسب مع عمرة الزمني ومستوى نمـوه يتخلل ذلك عمليات التقويم المستمرة للتعرف على مدى التحسن في قدرات الطفل.

وتتفق جميع هذه التعريفات على أن برنامج التدخل المبكر له الخصائص التالية:

١- خطة محددة.

٢- يهدف إلى إكساب الطفل العديد من الخبرات والمهارات والأنشطة.

٣- تتناسب تلك الخبرات مع مستوى نمو الطفل واحتياجاتة.

٤- يقدم من خلال المؤسسات الإجتماعية الخاصة بالأطفال.
٥- يخطط البرنامج على شكل جلسات إرشادية تعليمية قائمة على التفاعلات وممارسة الأنشطة.
٦- يعتمد على إشتراك الوالدين بشكل أساسي مع فريق من المتخصصين.
٧- تتضمن تلك البرامج عمليات تقويم مستمرة للتعرف على مدى تحسن قدرات الطفل.

تطور البرنامج:-

تأسس مشروع بورتيدج عام ١٩٦٩ عن طريق ما كان يسمي آنذاك مكتب تعليم المعوقين ونتيجة للكثير من جهود أعضاء مشروع بورتيدج والأسر التي إستفادت به وفريق التدخل المبكر في أنواع متعددة من البرامج تم إعداد دليل بورتيدج للتعليم المبكر ونشره عام ١٩٧٢ وتمت مراجعة هذا الدليل عام.١٩٧٦ بناء علي التغذية الرجعية الضخمة التي تم جمعها ممن إستخدموا هذا البرنامج في كافة أنحاء الولايات المتحدة.

تمت مراجعة الدليل مرة أخري في عام ١٩٩٤ بحيث يعكس التطور في نموذج بورتيدج خلال العقدين الماضيين كذلك ليعكس أفضل الممارسات الراهنة في مجال التدخل

المبكر والإستفادة بالتغذية الرجعية لأعضاء فريق العمل مع الطفولة المبكرة وأسرهم.
(وزارة التربية والتعليم، دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، إرشادات الإستخدام، ١٩٩٩، ٥)

وقد بدأ مشروع بورتيدج في بريطانيا العظمي نتيجة لسلسلة من ورش العمل التي تمت في إنجلترا وويلز سنة ١٩٧٦. وقد إلتحق بورش العمل الأولية هذه ما يقرب من ٨٠ شخصاً. وقد نما مخطط بورتيدج بدءاً من تلك البداية من أساس العمل المكون من هؤلاء الحالمين والمتفائلين العاملين في رعاية الأطفال ليصير واحداً من أكبر النظم التي

تقدم خدمات لصغار الأطفال من ذوي الإعاقة وأسرهم في بريطانيا العظمي.
(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٢١)

حقق منهج بورتيدج لمساعدة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة نجاحاً مذهلاً منذ أن دخل إنجلترا آتياً من الولايات المتحدة الأمريكية وقد أسس عبر السنوات العشر الماضية أكثر من ٢٠٠ مشروع محلي لبورتيدج في طول البلاد وعرضها، كما أنشئت جمعية بورتيدج القومية سنة ١٩٨٢ كمنتدى لتبادل الآراء ويرجع الطابع المؤثر لهذا النمو السريع لبورتيدج أكثر ما يرجع إلي كون بورتيدج حركة شعبية تنتشر من خلال جهود المختصين المحليين والمتحمسين من العامة.

ولكن منحة DES للدعم التربوي للمشروعات التي من نوع بورتيدج والتي تلقاها مشروع بورتيدج سنة ١٩٨٥ حققت الإعتراف الرسمي للإستخدام واسع النطاق للمشروع ولنجاحه الذي لا يحتاج إلي برهان ولسمعته التي أرس دعائمها.
(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٢٢)

وقد إتفقت مجموعة من العاملين في عدد من مراكز تأهيل الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة علي أهمية تنسيق الجهود فيما بينهم لتعريب المواد والأدوات المستخدمة في العملية التربوية والمتوفرة بلغات أخري. وعلي ذلك في فبراير ١٩٩١ تألفت مجموعة عمل من ممثلين لمركز عين شمس للتأهيل التابع لجمعية الهلال الحمر الفلسطيني وجمعية الحق في الحياة ومركز سيتي التابع لجمعية كاريتاس وبمشاركة ممثلين عن مكتب هيئة أوكسفام بالقاهرة.
وإتفقت هذه المجموعة علي أن يكون باكورة عملها هو تعريب برنامج بورتيدج للتربية المبكرة حيث أن هذه المراكز كانت تستخدم بالفعل ترجمات عارضة لهذا الدليل إفتقدت في معظمها للتدقيق والموائمة مع ظروف التطبيق في الواقع المحلي إلي جانب عدم إكتمالها من حيث شمولها لمكونات البرنامج المختلفة (دليل الإستخدام والبطاقات

وجداول الفحص). إضافة إلي ذلك فإن الطبعة البريطانية لعام ١٩٨٧ والتي تم الإعتماد عليها في هذا التعريب تختلف عن الطبعة الأمريكية لعام ١٩٧٦ (والتي إعتمدتها ترجمات أخري) وتشمل تطويراً بالغاً للقسم الخاص بمجال اللغة وهو ما قامت الهيئة البريطانية بإضافات جوهرية عليه.

فالقسم الخاص باللغة تضمن جهداً علمياً في مواءمته مع طبيعة تطور النطق عند الأطفال المتكلمين بالعربية. وهو ما إستدعي إستشارات عديدة من مختصين في علوم اللغات المقارنة والتخاطب.

(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٦)

ثم قامت كاميليا عبد الفتاح وآخرون بتمصير وتقنية هذا البرنامج سنة ١٩٩٩ ونشره تحت إسم برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة بوزارة التربية والتعليم.

ماهية برنامج بورتيدج:-

البورتيدج هو خدمة تعليمية لأطفال ما قبل المدرسة، تعتمد على الزيارة المنزلية والدعم الزائد لاحتياجاتهم واحتياجات أسرهم .

الأسس التي قام عليها البرنامج:-

يسعى نموذج بوريتدج لتحقيق التكامل بين مدخل الأنساق الأسوية Family Systems وبين برنامج التدخل الخاص بعلاج طفل يوجد في بيئة معيقة لتطوره ويتشكل هذا النموذج من أربعة مبادئ رئيسية : -

أ - الأسرة هي التي توجه عملية التدخل .

ب - جوهر عملية التدخل هو التفاعل بين الوالدين والطفل .

ج - أن النظام اليومي وعادات الأسرة واللعب تشكل أنماط حياة الأسرة وهى الوسيط الذي يتم التدخل من خلاله .

د – تسجيل الملاحظات والحوارات الدائرة بين الوالدين وفريق العمل هو أساس القرارات التي تتخذ في عملية التدخل ٠

(وزارة التربية والتعليم، دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، إرشادات الإستخدام، ١٩٩٩، ٦)

أهـداف البرنامـج

الهدف من نموذج بورتيج هو :–

١ – تدعيم نمو لعب الأطفال الصغار، الاتصال والعلاقات٠

٢ – تشجيع المشاركة الكاملة في الحياة اليومية مع العائلة وخارج المنزل٠

٣ – الأمان والضمان في العالم الأوسع لكل الأطفال والأسر وكذلك حقوقهم حيث أن الدعم المعطى خلال برنامج بورتيج مبنى على مبدأ أن الأباء هم الأشخاص الأساسين في العناية ونمو أبنائهم.

٤– يهدف البرنامج لمساعدة الأباء على إكتسابهم الثقة في هذا الدور مهما كانت احتياجات أبنائهم.

٥ – توفير وتنمية المواد التعليمية الموجودة بالبيئة لتحقيق أفضل الفرص للتدريبات لكل من الطفل والأسرة ٠

(Herwing, Julia, 1993, 1: 9)

ومن أجل عمل هذا قدمت أعمال الزائرين المنزليين بجانب الآباء مسـاعدة عمليـة وأفكار لما يلي:–

- جعل التعليم متعة لكل العائلة.
- تشجيع إهتمامات الطفل٠
- مواجهة المواقف الصعب حلها.

(www. Portage. Org. Uk, 2003)

آليات تنفيـذ البرنامـج:–

يعتبر برنامج بورتيدج نظام لتقييم حاجات صغار السن ممن يعانون تأخراً فـي

النمو بما فيهم من يعاني من إعاقات حادة في التعليم ثم يهتم بعد ذلك بتعليم تلك المهارات التي يحتاج الطفل إلى إكتسابها ويستند نجاح برنامج بورتيدج وشعبيته إلى أنة يتقبـل دور الوالدين باعتبارهما شخصيات محورية في نمو الطفل وبالتالي يتمركز هذا البرنامج حول المنزل والزائرة المنزلية التي تساعد الوالدين بالدعم وتقديم الاستشارات بكيفية مســـاعدة الطفل ليصبحوا أكثر فاعلية كمدرسين في أن يصبحا من خلال مشاركتهم لأطفالهم فـــي منظومة تعليمية دقيقة تستجيب بطريقة مرنة لحاجات الفرد كما تتميز بالدقة في تنظيمها.

يستند برنامج بورتيدج على أربعة أنشطة رئيسية : -

١ - زيارات منزلية أسبوعية تقوم بها زائرة منزلية مدربة.

٢ - أنشطة تعليمية مكتوبة أسبوعياً ومصممة بصورة فردية لكل طفل فرد ووالده.

٣ - التعليم والتسجيل يقوم به الوالدان.

٤ - إشراف أسبوعي من الزائرة المنزلية.

(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية،١٩٩٣، ١٢ : ١٣)

مكونـات البرنامـج:-

١-عمليـة التشخيـص:-

يشمل نموذج بورتيدج علي جهود مكثفة لتعريف مؤسسات المجتمـع المحلـي ببرنـامج التدخل وتقوم كل مؤسسة بوضع محكات نجاحها علي أساس طبيعة المجتمع الذي تخدمـه والأنظمة السائدة وشروط مصادر التمويل وعدد الأسر التي يمكن تقديم الخدمة إليها.

(وزارة التربية والتعليم، دليل بورتيدج، ١٩٩٩، ٧)

٢- التقييم البيئي:-

في كل البرامج يتم تقييم الأنشطة في بدايتها وتطويرها والأوضاع الحالية. هــذا التقييـم يتضمن نظرة واسعة للمصادر، المساعدات، الإحتياجات وإهتمامــات المشــاركين فـي البرنامج. وقد تم تقييم البيئات المتعددة والتي تتضمن المنزل، الجيران والمجتمع. كما تـم دراسة تأثير التشريعات المحلية، القومية والدولية والنزعات خاصة في هذه البرامج والتي

تتضمن التدريب والمساعدة لخدمات المعلمين.

٣- التخطيـــط البيئـــي:-

تم دمج تقييم المعلومات إلي خطة الخدمات. هذه الخطة يمكن أن تكـــون خطـــة لخدمـــة الأسرة بمفردها، التدريب وإتفاقية التقييم الفني، خطة عمـــل الأســـرة أو أدوات وخطـــط أخري خاصة بالبرنامج. كل الخطط تتضمن أهداف وموضوعـــات وتسلســل للخطـــط صممت لإنجاز الهدف والموضوعات.

٤- تنفيـــذ الخطـــة:-

كل برنامج لـــه نشاطات محددة موظفة لتنفيذ الخطة البيئية. هذه الأنشطة تتنوع ويمكـــن أن تتضمن الزيارات المنزلية، نقل خبرات المجموعة للأسرة، التدريب و متابعة الأنشطة، إجتماعات تعاون الجماعة وتقديم المواد وأشياء أخري عديدة.

٥- تدعيـــم الإجـــراءات المتطـــورة:-

في كل برامج الخدمات يكون الإتصال المباشر بالمشتركين محدد. تم تصميـــم البرنـــامج سواء كان برنامج تدريب أو برنامج خدمة مباشرة بحيث يتطلب الإنتباه إلي بناء البرنامج الذي يعتني بالفترات الهامة بين الإتصالات المباشرة.

٦- حصيلـــة التقييـــم:-

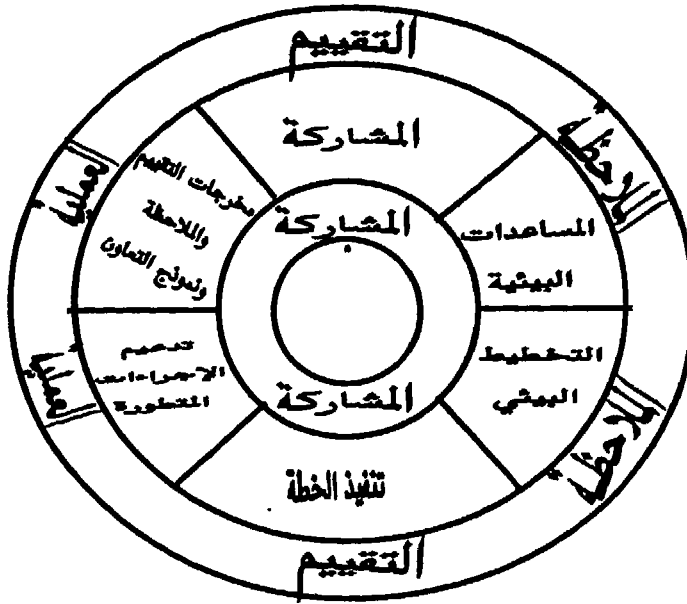
يتم قياس حصيلة البرنامج من خلال إنجاز الأهداف والموضوعات المرسومة في خطـــط برنامج معين مع وضع معايير إضافية لكل برنامج مستقل. هذه القياسات يمكن أن ترتبـــط بالتغيرات في البرامج، الأطفال والأسر.

تنظيـــم التعلـــم:-

إن تجميع كل العناصر الرئيسية للبرنامج هو غلاف تنظيم التعلم. وقـــد تحقـــق

الإلتزام بالتعلم المستمر في عدة أنشطة منها، عملية التقييم، النمو المهني، تقديم المشـاركة وفريق للإشراف والمساعدة.

(www. Portage. Org. Uk, 2003)



شكل (١/٢) يوضح مكونات البرنامج

<u>نواحي القوة والضعـف في البرنامـج:-</u>

نواحـي الـقوة:-

يتركز التقييم من خلال النموذج أساساً علي الطفل فالبيانات التي يتم جمعها تتعلق بالتغيرات ممكنة القياس في سلوك الطفل.

تندمج المراقبة الإيجابية المستمرة في النموذج من خلال إجتماعات العاملين مـن مختلف التخصصات مع بعضهم البعض واجتماع الفريق الموجه للعمل. وتوجد اتصـالات وثيقة مع كل الأفراد الذين يدعمون النمو الشامل للطفل ويهتمون به.

وتحمل المسئولية من مهام المشاركة علي كل مستويات النموذج فكل الأعضاء يحـددون

الأدوار المساهمة بوضوح ويتفاوضون حولها ويتفقون عليها.

كما يفي نموذج بورتيدج بروح قانون التعليم لسنة ١٩٨١ ومتطلباته خصوصاً من الأوجه التالية:-

١. توفير إستعدادات تعليمية عالية القيمة للطفل ذي الإحتياجات التعليمية الخاصة في سن ما قبل المدرسة.
٢. الحصول علي المشورة التربوية لوضعها ضمن أي تقرير عن ما يلزم.
٣. ضمان المشاركة الوالديه الفعاله.

و مرونة النموذج تعطي له إمكانية الإستجابة للإحتياجات شديدة التنوع للأسرة ولكل طفل علي حدة وتضمن بنيته عملاً مثمراً من خلال البرامج التعليمية. كما توفر الزيارات المنزلية المنتظمة دعماً وجدانياً للأسرة في المنزل وتعمل كقناة لنقل المعلومات بينها وبين الوكالات القانونية. و توفر التغذية الإسترجاعية من المستهلك بيانات تدخل تطورات مستمرة إلي الخدمة.
(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٢٦)

نواحي الضعف:-

إستخدم نموذج بورتيدج بنجاح مع مجموعات كثيرة في المملكة المتحدة منذ إدخاله سنة ١٩٧٦ وقبل أن تدعم الحكومة النموذج سنة ١٩٨٥ أدت المبادرات المستقلة إلي إنشاء ما يزيد عن ١٥٠ مشروعاً لبورتيدج في مختلف أنحاء البلاد مصممة كلها كي تخدم الأسر في تربية طفل صغير ذي إحتياجات خاصة وقد إستخدم النموذج بالإضافة إلي ذلك في المدارس وفي محيط المساكن التي تقدم رعاية داخلية بنفس القدر من النجاح.

وقد تم الإعتراف بقوة النموذج في التطبيق العملي علي نطاق واسع ورغم ذلك

وكما يحدث مع كل الأفكار الجديدة كان هناك عدد من التحفظات التي أبداها كل من المهنيين المتخصصين وغيرهم من العاملين جنباً إلي جنب مع خدمات بورتيدج أنفسهم وقد حددت تلك الإنتقادات البعيدة كل البعد عن تقديم مشكلات صعبة نقط البدء الضرورية المؤدية للتغيير والنمو خاصة في المجالات التالية:-

١. إكتساب اللغة بإستخدام نموذج بورتيدج.
٢. تعليم الطفل شديد الإعاقة.
٣. مساعدة الأطفال علي تعميم المهارات التي تم تعلمها.
٤. مساعدة الوالدين علي الإستجابة للمشكلات الشخصية المتعلقة برعاية طفل صغير معوق.

حدث تلك العمل إستجابة مباشرة لمشكلة محددة في منطقة بعينها وساعد النقد علي وجود قوة دافعة للتغيير وقد تمكنت إجراءات التقييم المدمجة داخل النموذج والتي تعمل من خلاله من أن يصير حساساً للإحتياجات المتنامية وتعطي السهولة النسبية التي تدمج بها أي تغيرات ناتجة في ممارسات بورتيدج بياناً عملياً عن فائدة بنية بورتيدج لتقاسم الأفكار والتطورات الجديدة.

وقد وجهت إنتقادات أخري أكثر عمومية إلي الآثار بعيدة المدى للتعليم في السن قبل المدرسي وإلي حكمة رفع التوقعات الوالدية لإمكانيات النمو الكامنة لدي طفلهم. (مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٢٦ : ٢٧)

المستفيـدون من البرنامـج:-

قد ترغب كل أسرة لديها طفل ذو إحتياجات خاصة في سن ما قبل المدرسة أن تُعطَي حق إختيار خدمة تعليمية عن طريق الزيارة المنزلية.

ويحتمل أن يؤثر عاملان علي الإحتياجات المحلية وهما:-

١. وجود خدمات أخري متاحة للسن قبل المدرسي.
٢. طبيعة مشكلة كل طفل سواء من ناحية الإعاقة أو مشكلات التعلم.

وسيؤثر توفير خدمة بورتيدج كإحدي الخدمات الداخلة في نطاق الخدمات المقدمة للسن قبل المدرسي تأثيراً واضحاً علي إحتمالات اللجوء إلي أي خدمة مقدمة ولكن يجدر بنا التأكيد علي أن الخدمات التي تقدم دعماً تربوياً منذ الميلاد فصاعداً قليلة وقد ظهر أن إحتياجات الأسرة أثناء السنوات المبكرة من حياة الطفل كثيرة وقد إستخدمت خدمات بورتيدج علي نطاق واسع خلال السنوات الثلاث الأولي من حياة الطفل.

ورغم أن الأطفال ذوي الصعوبات الشديدة في التعليم قد شكلوا أكبر المجموعات التي تتلقي دعم بورتيدج في المملكة المتحدة فإن نموذج بورتيدج قد إستخدم في الولايات المتحدة الأمريكية لتلبية إحتياجات مجموعة أكثر تنوعاً من الأطفال تشمل هؤلاء الذين ترجع إحتياجاتهم في البداية إلي الشروط الإجتماعية والبيئية الرديئة.
(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ١٠٩)

<u>القائمون علي تنفيذ البرنامج:-</u>

تعتبر خدمات بورتيدج التي تقدم المعونة للوالدين متعددة التخصصات مما ينعكس في كل مستويات الخدمة. فزائرات المنازل يأتين من وزارات التربية والشئون الإجتماعية والصحة ويتلقي أعضاء هذه الخدمات والذين لديهم خبرات في التعامل مع العائلات والأطفال برامج تدريبية عملية كي يقوموا بدورهم كزائرات منازل.

وتضمن أجهزة تقديم الدعم والممثلة في فريقي الإشراف والإدارة عملية المتابعة والرعاية الدقيقة والإستعداد للتدخل في حل أي مشكلات يواجهها فريق الزائرات.

أما زائرات المنازل فهي عادة من المعلمات ومشرفات الحضانات، الزائرات

الصحيات، المشرفات الإجتماعيات، الأخصائيات الإجتماعيات أو متطوعـات ممـن لديهن خبرات مناسبة ويوصي بضم طبيب معالج إلـى هـذا الفريـق إذا سـمحت الإمكانات. فزائرات المدارس المتخصصات في علاج عيوب الكلام وفـي العـلاج المهني وخدمات العلاج الطبيعي كل هؤلاء أعضاء لا غني عنهم.

وتوفر بعض الفرق الإدارية فريقاً متعدد التخصصات بأن تجعل موظفين رئيسين يتولون عدداً صغيراً من العائلات كجزء من العمل المكلفين به ويحـدد عـدد مـن ساعات العمل التخصصي يتم فيها لفريق بورتيدج توزيع الأطفـال حسـب الوقـت المتاح، ويتكون كل فريق من إداري ومشرف أو زائرة منزلية كجـزء مـن عبئـهم اليومي.

يمكن لأي عضو من المشاركين في تقديم الخدمة القيام بـدور المشـرف وتعـد الخبرة في إستخدام أساليب التعليم التي يعرضها النموذج أساسـاً قويـاً لتولـي دور الإشراف ولقد إكتشف الكثير من أعضاء فريق بورتيدج أن الأخصـائيين النفسـيين التربويين أو المعالجين لديهم تلك الخبرة لكن معلمي التربية الخاصة والمتخصصيـن في الرعاية الصحية الذين يعملون مع المعوقين عقلياً وكذلك المتطوعين الذين لديـهم خبرات مناسبة كل هؤلاء يستطيعون تولي مناصب الإشراف بنجاح.

أما فريق الإدارة فهم المديرون المباشرون للعاملين في بورتيـدج مـن جميـع التخصصات المشاركة والشكل المثالي لهيئة الإدارة يضـم أعضـاء مـن الصحـة والخدمات الإجتماعية وإدارات التعليم وكذلك من أعضاء ممثلين لأي هيئة لأطبـاء الأطفال، رئيسات التمريض (يقومون بزيارات لتقديـم خدمـات صحيـة ولرعايـة المعوقين عقلياً). ومن المعالجين ذوي الخبرة ومستشـاري التعليـم والأخصـائيين النفسيين التربويين ذوي التخصصات النوعية والمدرسين الأوائل والأخصائيين

الإجتماعيين القدامى ووجود الآباء في هذا الفريق أمر حيوي لأنهم يمثلون أطفالهم المستفيدين من الخدمة.

(وزارة التربية والتعليم، برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، الدليل العملي، ١٩٩٩، ١٤ : ١٥)

معايير تطبيق البرنامج:-

كان المعيار الأصلي الواجب وجوده لدخول أي طفل في مشروع بورتيدج بويسكونسون أن يظهر الطفل سلوكاً مساوياً للتأخر بمقدار سنة واحدة عند مقارنته بمجموعة من رفاقه في أحد مجالات النمو المبينة بجدول بورتيدج للفحص وقد لا تبدو الوسائل التعليمية الدقيقة التي يستخدمها النموذج ملائمة في كل الحالات للأطفال الذين يتأخرون قليلاً في الوصول إلي مراحل الحياة العادية وقد رؤى أن تكون سنة واحدة هي أدني تأخر مؤهل للطفل للإلتحاق ببورتيدج.

وإذا طبقنا التأخر لسنة واحدة علي مجالات كمجالات النمو الإجتماعي أو نمو اللغة فيحتمل أن ينتج عن ذلك وجود قطاع أكبر من الأطفال المؤهلين للإلتحاق بخدمة بورتيدج يزيد عما يمكن أن تدعمه الموارد الحالية ونتيجة لذلك ركزت الممارسة في المملكة المتحدة علي الأطفال ذوي الظروف المعوقة المعترف بها (مثل زملة داون) أو الذين يساوي تأخرهم سنة واحدة في أكثر من مجال من مجالات جدول الفحص الذي يعمل في ويسيكس في منطقة صحية تغطي ٢٠٠٠٠٠٠ نسمة ويستخدم المعايير العامة أن ١٥ – ٢٠ أسرة سوف تتطلب خدمات بورتيدج ويعتبر هذا التقدير الآن متحفظاً و ٢٥ – ٣٠ أسرة دليل أكثر جدوي.

ومن الجدير بالملاحظة أن إعتراف لجنة وارنوك بأن ٢٠% من السكان يتطلبون مساعدة متخصصة في وقت ما بين الميلاد وسن ١٨ سنة يفتح الباب لإحتمالات أكثر بكثير للجوء إلي خدمات بورتيدج.

والعوامل الأربعة الرئيسية التي يجب وضعها في الإعتبار عند تحديد الأولويـــة هي:-

أ- سن الطفل.

ب- شدة المشكلة.

ج- مدي إتاحة خدمات أخري.

د- عدد الأسر التي يحتمل أن تتطلب الدعم.

(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ١٠٩)

<u>محتويــات البرنامـــج:-</u>

- **جداول فحص بورتيدج:-**

أضفي عليها الطابع الإنجليزي وروجعت وقد أدمجت فيها المواد المأخوذة من جـدول ويسكيس المنقح عن بورتيدج لفحص اللغة.

- **بطاقات بورتيدج:-**

أضفي عليها الطابع الإنجليزي وروجعت وقد أدمجت البطاقات المأخوذة عن جـــدول ويسكيس المنقح عن بورتيدج لفحص اللغة ضمن قســم اللغـــة الخـــاص بالبطاقـــات الجديدة.

- **دليل الوالدين للتربية المبكرة:-**

روجع ليشمل الطبعة الجديدة لبطاقات بورتيدج في شكل كتاب سهل التداول وقد كتـب الكتيب وصمم ليخدم عدداً من الأغراض تعكس ثراء بورتيدج ومرونته.

أولاً:- يوفر الكتيب دليلاً أساسياً عملياً لطريقة بورتيدج وكيف تستخدم مواد بورتيدج وكيف يعد مشروع من مشروعات بورتيدج وحيث أن من يستخدمون بورتيدج يشملهم نطاق التنوع. ينتشر عبر طيف واسع من المتخصصين المهنيين في مجالات التربيـــة والصحة والخدمة الإجتماعية بالإضافة إلي المساعدين من العامة والآباء والأمـــهات. فقد كتب الدليل عن قصد بإسلوب مفهوم للعامة.

ثانياً:- إنتشر بورتيدج إلي حد بعيد بواسطة تقديمه عن طريق ورش العمل إذ تعقـــد فرق بورتيدج المحلية بصفة منتظمة لقاءات لتدريب الزوار المنزليين الجدد ولإشراك الأباء والأمهات حديثي الإلتحاق وللعمل علي إستشارة الأفكار الجديدة.

ثالثاً:- يعكس ذلك الدليل حقيقة أن بورتيدج ليس مجرد برنامج تعليمي قـــائم علـــي بعض المواد لكنه ناتج مثمر لدمج عدد من الطرق النظرية والعملية التي تعني برعاية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وتربيتهم.

ويجب علي من يستخدم بورتيدج أن يفهم تلك الخلفية النظرية الأكثر إتســاعاً إذا رغب في تحقيق أقصي فائدة من إستخدام مواده.

- ***مدخل لتعديل المشكلات السلوكية:-***

يتضمن مدخل وإستراتيجيات لتعديل السلوك غير السوي عن طريق إستخدام طريقــة بسيطة لا تعتمد علي تقنية عالية.

- ***نموذج بورتيدج التعليمي:-***

يوضح هذا النموذج مراحل عملية التعلم وكيفية إستخدام اللعب فــي عمليــة التعلـم لإكتساب المهارات المختلفة.

(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٢٢)

<u>**جدول بورتيــدج للفحــص:-**</u>

قبل البدأ في معالجة مشكلة كيف يمكننا أن نعلم صغار الأطفال ذوي الإحتياجـات الخاصة نحتاج إلي معلومتين – ما الذي يمكن للطفل أن يفعله الآن وما الذي نأمل أن يتمكن الطفل من فعله في مرحلة مقبلة نتيجة لتعليمنا إياه، ولا غني عـــن معلومـــات تتعلق بمستوي المهارة الحالي للطفل حيث أنها لا تشير فقط إلي الأهداف التعليميـــة المرجحة في المستقبل بل أنها تمدنا أيضاً بتقييم أولي يمكن أن نقارن عليه التقدم فـــي المستقبل وبعبارة واضحة فلكي يتم تنفيذ تلك الوظائف بفاعلية لا بد أن يتـــم تركـــيز

إجراءات التقويم المستخدمة علي المهارات القابلة للملاحظة والمفيدة في أهم مجـالات نمو الطفل وخاصة مجالات الرعاية الذاتية والتنشئة الإجتماعيـــة واللغـــة والمجـال الإدراكي (مهارات ما قبل المدرسة) والحركي.

كما يجب أن يكون التقويم مستمراً علي عكس ما هو حال الحدث الذي يتم مـــرة واحدة ثم ينتهي وفي حالة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في السن ما قبل المدرس يرجح أن يتم إدخال إستخدام جداول الفحص القائمة علي أساس أحداث النمو الفاصلـة في حياة الطفل العادي أو المتوسط. وجدول فحص بورتيدج أداه نموذجية لتنفيذ مثـل هذا التقويم وإرساء الأهداف التعليمية.

<u>إستخـدام جدول بورتيـدج للفحـص:-</u>

توجد عدد من مجالات النمو الأساسية يمكنك أن تختار منها كي تعلمـــها للطفـل وثمة مسألتان هامتان للمدرس والطفل هما:-

الكيفية التي ستختار بها المجالات ذات الأولوية، المهارات المتخصصة التي تعلمـــها بعد أن يقع إختيارك علي المجال. ولا يمكن الإنتقال إلي مجال الإهتمـــام النـــهائي – كيف سنعلم المهارات المختارة بنجاح قبل أن تُحل هاتين المسألتين.

- التقويم:-

وصف جدول بورتيدج للفحص.

ينقسم جدول بورتيدج للفحص إلي خمسة أقسام رئيسية:-

١. التنشئة الإجتماعية.

٢. الرعاية الذاتية.

٣. المجال الإدراكي.

٤. المجال الحركي.

٥. اللغة.

ترد قائمة المهارات الهامة في كل قسم بالترتيب الذي يكتسبها به معظم الأطفال ويكون مداها السنوات الست الأولي من نمو الطفل الطبيعي ويوجد قسم واحد إضافي (تنبيه الرضع) يتكون من سلسلة من الأنشطة يمكن أن ينفذها والدا أو مدرسو الأطفال الصغار جداً في السن أو المفرطين في عدم النضج. وتقوم عملية إتمام ملء الأقسام المعينة بجدول الفحص بتمكين الوالدين والمعلمين من التعرف علي بعض المهارات الجديدة التي ظهرت بوادرها والتي قد يكون الطفل بادئاً في تعلمها.

ولكل قسم من أقسام جدول بورتيدج للفحص شفرة لونية لزيادة تيسير التوصل إلي مختلف أقسامه، وكل أقسام جدول الفحص مخططة بنفس الطريقة ويسهل بالممارسة تعلم كيفية ملء جدول بورتيدج للفحص من أجل إكتشاف ما الذي يمكن للطفل أن يعمله فعلاً وأي مهارات في طريقها للبزوغ وأين تقع مجالات الضعف وما هي المهارات التي يمكن أن يتم تعليمه إياها في المستقبل.

تقديم جدول الفحص:-

عند الشك في تأخر نمو الطفل في مجال أو أكثر من مجالات النمو يتم البدء تقريباً عند نقطة تحت مستوي عمره الزمني بسنتين إذا أمكن ذلك. أو بمعني آخر قد يكون من الأفضل بالنسبة لإبن الثالثة أن يتم البدء بملء جدول فحص عند قسم صفر – ١ سنة من العمر وعند بدء التقويم يجب أن يتمكن الطفل من أداء ١٠ – ١٥ بنداً علي الأقل قبل نقطة البدء. وإذا حدث أدني شك حول نقطة البدأ المناسبة لتقويم المهارات المكتسبة يتم البدأ من البداية ومن المهم أن يتم ذلك للتأكد من عدم إغفال أي مهارة لا يتمكن الطفل من أدائها وقائمة المهارات مرتبة تبعاً لتسلسل النمو بحيث إذا فاتت الطفل إحدي المهارات المبكرة في التسلسل فيمكن أن تعلمه إياها أولاً نظراً لأهميتها لتعليم المهارات اللاحقة.

هناك سبب وجيه آخر للتأكد من تمكن الطفل من أداء ١٠ – ١٥ بنداً أو أكثر قبل

نقطة البدء، يقرر معظم الوالدين أن تقاسم المعلومات حول ما يتمكن الطفل بالفعل من عمله بطريقة شديدة الإيجابية لبدء برنامج علاجي تعليمي.

وغالباً ما تركز إجراءات التقويم التي يستخدمها الأطباء والأخصائيون النفسيون وغيرهم علي ما لا يتمكن الأطفال من عمله وكل المدربين الناجحين يعرفون أن من المهم لكل أمرئ أن يكتشف بدقة ما الذي تعلمه الطفل بالفعل قبل أن يمكنه إتخاذ قرارات عن ما سيعلمه له. وعند ملء جدول الفحص من المهم أن يطلب من الطفل أن يؤدي كل سلوك من السلوكيات كما نص عليه بالضبط. ويجب أن يتمكن الطفل من أداء السلوك بسهولة وبدون مساعدة وعندما يطلب منه ذلك كي يتم تسجيل نتيجة له في عمود وجود السلوك ما لم ينص علي غير ذلك. ويمكن أن يكون إستخدام بطاقات بورتيدج للأنشطة مساعداً جداً عند تقرير ما إذا كان السلوك سيحصل علي نتيجة تسجل أم لا وتقترح البطاقات عدداً من الطرق التفصيلية التي يجب أن يتمكن الطفل بها من أداء المهارة الواردة بالقائمة ولإستخدام البطاقات أهمية خاصة عندما يكون السلوك الوارد بجدول الفحص مجرد مختصر للمهارة المطلوبة.

- **متي التوقف:-**

يستمر الشخص الذي يقوم بملء جدول الفحص في تقويم السلوكيات إلي أن يصل إلي نقطة لا يتمكن الطفل عندها من أداء المزيد من البنود. إذا أخطأ الطفل في حوالي عشر بنود في صف واحد فليس مهماً أن يتم الإستمرار في التقويم في ذلك المجال.

(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٣٢ : ٣٣)

<u>مدخل لتعديل المشكلات السلوكية:-</u>

تعديل السلوك غير السوي:-

معظم العمل الذي يجري مع الأطفال ذوي الإحتياجات التربوية الخاصة في السن

ما قبل المدرسي من النوع التعليمي وهو مصمم لمساعدة الأطفال علي إكتساب أو ممارسة مهارات حياتية مفيدة وهامة مثل إرتداء الملابس وعقد الصداقات والجلوس أو المشي وإستخدام اللغة وفهمها أو مهارات السن ما قبل المدرسي مثل التلوين أو المضاهاه ولكن في بعض الأحيان قد تعطي الأولوية للمشكلات التي يواجهها الوالدان والمدرسون المنزليون بخصوص تعديل السلوك غير السوي أو غير الملائم.

يتخذ السلوك غير السوي هيئات عديدة مختلفة. فقد يقذف الطفل بالأشياء في أنحاء غرفة المعيشة أو بعض أفراد الأسرة الآخرين أو يركلهم أو يصرخ أو تنتابه نوبة غضب عندما يقول أحد والديه "لا" أو يوقظ أفراد الأسرة الآخرين عديدا من المرات كل ليلة. أو قد يسبب الطفل بدلا من ذلك أذي لنفسه عن طريق عض نفسه أو خبط رأسه.

ويبدو أن بعض الطرق التقليدية للتعامل مع مثل هذه السلوكيات غير فعالة وغير ذات كفاءة إلي حد بعيد (كالعلاج النفسي مثلا) وثمة طرق أخري فجة ومشوشة (كالعلاج بالعقاقير القوية مثلا). وكان لبعضها الآخر أثر مشئوم علي الأسرة بأكملها (كإبعاد الطفل عن المنزل مثلا) وتكمن مشكلة كل هذه الطرق في أنها تميل كلها لتحديد موضوع السلوك المشكل علي أنه يقع داخل الطفل.

وقد أظهر الأخصائيون النفسيون حديثا بالدلائل العملية أنه من الأجدي أن يتم فحص الموقف المشكل بدلا من التركيز بالكامل علي المتغيرات التي تحدث داخل الطفل، والبدائل لتلك الطرق التقليدية قليلة ومع ذلك يضع برنامج بورتيدج طريقة بسيطة لا تعتمد علي تقنية عالية لكنها رائعة كمدخل لمشكلات السلوك غير السوي وهي طريقة يمكن للوالدين وللمدرسين المنزليين إستخدامها لفحص المواقف المشكلة والإتفاق علي إستراتيجيات للتغيير تقوم علي إحتياجات كل فرد علي حده وتتعلق بسياق المواقف وتشمل أقل ما يمكن من التدخل حيث تدخل الطريقة إذن بالضبط مع

بنية نموذج بورتيدج التعليمي وفلسفته وممارسته وتلائمه.

أبجديــات المدخل إلي مشكــلات السلــوك:-

ليــس هنــاك من ينكر وعلي وجه الخصوص زائر بورتيــدج المنـــــــزلي - الحقيقة الناصعة التي تقول أن الناس علي درجة عاليـــة مــن التعقيــد وأن الأفــراد المعقدون وعلاقات التداخل بين الناس (خاصة بين الوالدين والأطفال) أكـــثر تعقيــداً وتشابكاً. ومع ذلك فثمة طريقة لتبسيط ما يجري من التفـــاعلات البشــرية المعقــدة وللنظر بطريقة أكثر موضوعية إلي سياقات المشكلات ذات الطبيعة المعقدة، يعــرف ذلك ببساطة بإسم أبجديات السلوك.

توجد ثلاثة أوجه للسلوك - تعرف بإسم " شروط التحكم " يمكن تلخيصــها كمــا يلي:

أ-السوابــــق:

هي الأحداث المؤدية إلي سلوك ما (مثلاً، ما الذي آثار الســـلوك المشــكل؟) أو بكلمات أخري من الذي فعل (أو قال، أو لم يقل) ماذا؟

ب-الخـــلفية:-

الإطار المادي للسلوك أو موقعه (مثلاً من الذي كان موجوداً هنـــاك فــي ذلــك الوقت؟) أين حدث ذلك؟ متي حدث ذلك؟ .... إلخ.

ج- العواقب:-

هي الأحداث التي وقعت فوراً عقب حدوث السلوك (مثلاً، كيف تم التعامل مـــع السلوك المشكل؟ ما الذي فعله الناس الآخرون؟) ..... إلخ.

يركز تسجيل تلك المعلومات علي أوجه الموقف المشكل التي يمكن تغييرها وإذا أردنا الكمال يجب أن يستغرق جمع تلك المعلومات فترة من الزمن (يوصي بأسبوع علــي الأقل).

يسمح تجميع الدلائل تحت تلك العناوين للوالدين وللمدرسين المنزليين بأن يضعوا في

إعتبارهم الشروط الضابطة التي يمكن تغييرها بالنسبة لسلوك مشكل معين.

<u>إستراتيجيات مفيدة لتعديل السلوك غير السوي:-</u>

لا تدعو الحاجة غالباً لإستخدام طرق معقدة أو مستهلكة للوقت أو مشددة لتغيير السلوك غير المرغوب فيه فكراً ملياً في بعض الإستراتيجيات الواردة بالقائمة التالية.

يمكن في المعتاد إستخدام واحدة منها أو دمج إستراتيجيتين أو أكثر معاً لتعديل سلوك مشكل معين بنجاح. فالإستجابة البسيطة للمشكلة غالباً ما تكون أكثر الإستجابات مناسبة.

- **تغيير السوابق:-**

١. السبق بإحتلال الموقع المشكل.
٢. إعطاء قواعد واضحة.
٣. إعطاء إنذار ميكراً.
٤. بث الأخبار الجيدة بدلاً من الأخبار السيئة.

- **تغيير الخلفية:-**

١. أبعاد الإغراءات.
٢. تغيير الإطار.
٣. إدخال تلقيناً سرياً.

- **تغيير العواقب:-**

١. تجاهل السلوك " السيئ " ومدح السلوك " الطيب " (الإنتباه الإنتقائي).
٢. ضبط الطفل وهو يحسن السلوك.
٣. إعادة الوضع إلي ما كان عليه والإفراط في التصحيح.
٤. الكبح.
٥. إنقضاء الوقت.

تعليم المهـارات المتنافـرة:-

توجد إستراتيجية واحدة لم يتم ذكرها بعد للتعامل مع السلوك غير السوي وهـي إمكانية تعليم الطفل شيئاً مفيداً بدلاً من ذلك السلوك. وهناك إتفاقاً عاماً الآن بين الزوار المنزليين والمشرفين علي ضرورة أن تكون تلك الإستراتيجية هي أول الإستراتيجيات التي تلجأ إليها عند طلب المساعدة في تعديل سلوك غير سوي.

ومن المقبول الآن أن أكثر الطرق فعالية وأقلها قيوداً للتعامل مع أي نـوع مـن أنواع السلوك غير السوي هي محاولة زيادة تواتر أي نشاط متعارض مـع النشـاط المشكل.

مثلاً:- دفع الأطفال الأصغر سناً وإيقاعهم تقابلها لعب لعبة ناجحة مع طفل أو إثنيـن أصغر سناً.

(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٩٢ : ٩٣)

تقييـم خدمة بورتيـدج:-

التقييم الداخلي للخدمـة:-

إن أحد ملامح أسلوب الرعاية غير العادية والتي تميزه عن الأساليب الأخري هو المجهود الكبير المبذول وتنسيق المعلومات داخل الخدمة نفسها وإستخدام المعلومـات للحفاظ علي مستوي الخدمة أو تحسينها والعنصر الإيجابي المهيمن علي أسلوب رعاية يكفل ضمان عدم الإكتفاء بجمع المعلومات ولكن بتداولها بيسر بين كافة المسـتويات القائمة بالخدمة.

(وزارة التربية والتعليم، برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، الدليل العملي، ١٩٩٩، ١٦٦)

يمكن أن يتخذ مثل ذلك التقييم الذاتي من داخل بورتيدج أشكالاً عديدة مختلفة لكل

منها غرض مختلف.

١- للحكم على فعالية خدمة بورتيدج : أي هل هي ناجحة٠

٢ – لتقييم مدى قيمة خدمة بورتيدج : أي ما هو مدى جودة تلبيتها لاحتياجات الأسر التي لديها أطفال ذوى احتياجات خاصة في سن ما قبل المدرسة

٣ – لضمان استمرارية خدمة بورتيدج : أي الحفاظ على استمرارية أفضل أوجه خدمة بورتيدج الموجودة حالياً وأكثرها قيمة.

٤ – لدعم تنمية الخدمة أي لتوليد نواحي التحسن في نموذج بورتيدج ومواده ولزيادة مهارات الوالدين والزائرين المنزليين والمشرفين وأعضاء الفريق الإداري.

وبينما يظل أرجح الاحتمالات هو أن تهتم معظم خدمات بورتيدج بتقييم نفسها من داخلها على مستوى الاستمرارية فإنها ما تزال في حاجة إلى تصديق خارجي عليها من الأبحاث ومشروعات التنمية التي تؤدى إلى حدوث التحسن والإضافات والتوسعات في نموذج بورتيدج ٠

إن المعلومات التي يسجلها الوالدان عن الأنشطة التعليمية يوماً بيوم والتي يتم تجميعها على إستمارة بورتيدج للنشاط مصدر ثمين للبيانات.

ولابد في المقام الأول من فحص إستمارات النشاط المكتملة البيانات بدقة في الاجتماع الأسبوعي للعاملين وإلقاء الأضواء على وجهين من أوجهها٠

أ – مكونات إستمارة النشاط التي إما أن تكون نموذجية تصلح للإقتداء بها أو بارعة بشكل خاص أو تحتمل أن تؤدى إلى نجاح إستمارة النشاط٠

ب – مكونات إستمارة النشاط التي يمكن تغيرها أو تحسينها لضمان نتيجة ناجحة لنشاط تعليمي سابق غير ناجح.

<u>بيان عن مدى التقدم :-</u>

يمكن أن تسجل تفاصيل إستمارة النشاط وأن تستخدم مع غيرها من إستمارات

النشاط مكتملة البيانات ليشكلوا أساساً راسخاً للتخطيط المقبل لمنهج معد للطفل كفرد متميز ويمكن إستخدام تفاصيل إستمارات النشاط لكل الأطفال الذين يتلقون خدمة بورتيدج عند جمعها معاً لبيان تقدم الأطفال عبر فترة زمنية ويمكن أن توفر تلك المعلومات ملخصاً لإجتماع الفريق الموجه للعمل.

التقييم الخارجي للخدمة :-

سيتم تناول ثلاثة أنواع كبرى من التقييمات الخارجية التي تم تحديدها سابقاً هي تقييم الفعالية، والقيمة، والبحوث، والتنمية .

١ - تقييم الفعالية :-

تحاول الدراسات الواقعة في هذه الفئة أن تجيب على أسئلة إلى أي درجة نجح نموذج بورتيدج في تحقيق أهدافه "أو" أين موقعة بالمقارنة مع الطرق الأخرى لمساعدة الأسر التي لديها طفل ذو احتياجات خاصة في السن ما قبل المدرسي •

وقد حاول الباحثون أن يفعلوا ذلك بفحصهم لأثر خدمة بورتيدج على كل من الأطفال والوالدين •

أ - الأثر على الأطفال : -

١ - بإستخدام إختبارات معيارية لقياس تقدم الأطفال على مدى فترة زمنية.

٢ - مقارنة تقدم الأطفال الموجودين تحت رعاية خدمة بورتيدج بالأطفال الذين تلقوا نوعاً مختلفا من المساعدة (الذين يترددون مثلاً على مدرسة خاصة أو يتلقون خدمات قائمة على نظم المستشفيات).

٣ - المقارنات ذات الخطوط القاعدية المتعددة: أخذ قياس قاعدي لمهارة الطفل ثم قياس تقدم الطفل في وقت لاحق لذلك، ثم قياس تقدم الطفل بعد تلقيه لخدمة بورتيدج لفترة من الزمن وأفضل الدراسات المعروفة من ذلك النوع هي التي قام بعملها رفيل ويلوندين (١٩٧٩) وبيدروآخرون (١٩٨٢).

٤ - التقييم على أساس الأهداف أي محاولة الإجابة على أسئلة ما هي الأهداف الرئيسية

لخدمة بورتيدج؟ وبأي درجة من النجاح تحرز تلك الأهداف وأفضل مثال لذلك النوع من الدراسات إلى حد بعيد هو التقييم الذي قام بعمله مشروع ويسكيس لأبحاث بورتيدج الذي وصف الشهور الست الأولى من إدخال نظام بورتيدج إلى المملكة المتحدة وقد أنتجت كل هذه الأنواع الأربعة من التقييمات نتائج مشجعة بشكل ملحوظ لطريقة بورتيدج وقد روجعت نتائج تلك البيانات البحثية العامة المتعلقة بنموذج بورتيدج مراجعة مفصلة قام بها كاميرون (١٩٨٦) وتوبنيج (١٩٨٦).

ب – الأثر على الوالدين : –

لا يعرف إلا القليل نسبياً عن الأثر على الوالدين حيث أن معظم المجهودات البحثية مالت إلى التركيز على أثار التدخل المبكر على الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ومع ذلك قام الباحثون العاملون على تقييم نظم بورتيدج للتعليم المنزلي بكم قليل من العمل في ذلك المجال وتشير نتائج عملهم إلى أن خدمة بورتيدج يمكنها أن تشجع تنمية اتجاهات أكثر إيجابية نحو مشكلات تربية طفل معوق وأن تقلل من مشاعر الاكتئاب والقلق وتنمى ثقة الوالدين المتزايدة في معلومات طفلهم المعوق وتزايد مهاراته في التعليم.

ومن الواضح أن هذا المجال يمكن إجراء المزيد من الأبحاث فيه وينبغى عمل ذلك خاصة وأن الأهداف الأولى لخدمة بورتيدج للتعليم المنزلي هما الوالدان اللذان يعلمان الطفل بدورهما.

٢ – تقييم القيمة : –

تضمنت العديد من دراسات بورتيدج التي نفذت على مستوى محلى عينة من آراء الوالدين. تلقى تلك السمة الضوء على أهمية الوالدين في نموذج بورتيدج حيث تقع البيانات المستمدة من الوالدين في مركز عملية التعليم المنزلي.

وقد وضع سميث وزملاءه الذين نفذوا أول تقييم لبورتيدج إستبياناً للوالدين ضمن

عملهم كجزء من بياناتهم وقد تبنت العديد من التقييمات المحلية للمشروع ذلك الاستبيان وحيث أن ذلك الاستبيان يبلغ من العمر عشر سنوات الآن فيقترح أن يتم تغييره وتعديله ليناسب الاستخدام وأن يتم مراجعة بعض بنوده.

وقد صمم أعضاء خدمة بورتيدج فى بازينجستوك ونورث هامبشاير (١٩٨٦) واحدة من أكثر نسخ ذلك الاستبيان حميمية بالنسبة للمستخدم وقاموا باستعمالها كما جرت أيضاً بعض المحاولات الطموحة أكثر من ذلك لربط آراء الوالدين بتقديم الخدمة المحسنة.

وقد بدأت ميات (١٩٨٣) في تقييمها لمشروع بورتيدج في ساوث ليكلاندبكومبريا بافتراض أن اتجاهات الزائرين المنزليين والوالدين ستؤثر في عملية التعليم المنزلي وقد صممت الطريقة التي استخدمتها والتي قدمتها في دراستها بإسهاب ملحوظ لتحديد العناصر الأساسية للعلاقات الناجحة بين الوالد والزائر المنزلي وقد استخدمت ميات كي تفعل ذلك تنويعة من مصادر البيانات خاصة آراء الوالدين .

وقد إعتمد إياليندر (١٩٨٢) في تقييم خدمة بورتيدج التطوعية في ساوثهامبتون على ملاحظات كل المشاركين في بورتيدج الوالدين والزائرين المنزلين والمشرفين وأعضاء الفريق الموجة للعمل ويمكن أن يستخدم المشاركون في خدمة بورتيدج الحالية طريقة إياليندر في الربط بين استجابات الناس من تلك المستويات المختلفة والتي تحدد أوجه الممارسة الجيدة في فحص وتقديم خدمتهم وتحسينها .

البحوث والوالدان : -

دارت مناقشات هامة كثيرة بين متلقي خدمات بورتيدج بخصوص فائدة المكونات الخاصة لممارسة بورتيدج بما في ذلك الأنشطة غير الرسمية التي تنفذها الأسر والزائرون المنزليون إلى جانب البرامج التعليمية المنظمة ومع وجود عدد من التحقيقات

المفيدة عن ملاحظات الأسرة عن مشاركتها في خدمة بورتيدج إلا أن كل هذه البحـــوث تأتي من خارج الأسرة وقد أتت إستجابة الأسرة من خلال الأسئلة التي إبتكرتـــها خدمـــة بورتيدج أومن خلال بحث منفرد وهناك مخاطر واضحة كما هو الحال مع كل تحقيقـــات الأبحاث وهي أن تغفل البيانات المجموعة مجالات مهمة لموضوعات البحث لأنها تقـــع خارج نطاق خبرة الباحث ولا يمكن للأسرة ذاتها أن تعرف ما يجرى داخل إطار المنزل وما الذي تعتبره مهماً إلا إلى حد ما ٠

وقد أدى الوعي بمشكلة الحصول على صورة حقيقة عن استجابة الأســـرة إلـــى إجراء تحقيق بعيد المدى عن استجابة الأسرة لبورتيدج عن طريق الأسر ذاتـــها. التقـــى الأباء والأمهات معاً وصمموا إستبيانهم الخاص الهادف إلى الحصول على نطاق أوســـع من البيانات أكثر من المتاح حالياً لخدمات بورتيدج ويعنى عدم خبرتهم في تصميم البحث وتفسير نتائجه أن العملية طويلة وصعبة ورغم ذلك ستكون للنتائج أهمية ذات اعتبار فهي لن تساعد فقط الخدمات على الاستجابة بطريقة أكثر ملاءمة لاحتياجات الأسر بل أنـــــها ستكون أيضاً علامة على خطوة كبرى تجاه مزيد من توثيق العلاقات بين الوالد والمـــهني المختص وقد ورد تقرير عن النتائج المبكرة لتلك الدراسة في كاميرون (١٩٨٧).

٣ – البحـــوث والتنميـــة : –

بينما ركزت دراسات بورتيدج المبكرة بدرجة كبيرة على التقنيات التربوية وعلى إثبات فاعليتها دعا عدد من الكتاب في زمن أحدث إلى عمل يتجاوز تلك النجاحات الأولية فمثلاً يجادل فريد ريكسون وهاران (١٩٨٥) في أن المطلوب الآن هـــو تحليـــل موســـع للجوانب الهامة في المدخل المستخدم لتعزيز تعلم الأطفال بطرق متوافقة إلى أقصى مدى مع الأهداف الأوسع والاحتياجات والمهارات المسبقة للأفراد الذيـــن يتصلـــون اتصـــالاً مباشراً بالأطفال في كل نوع من أنواع الأطر التي يطبق فيها نموذج بورتيدج حالياً٠

وقد حدد ستورمى (١٩٨٧) عدداً من المجالات "للتحليل الموسع" برز من بينـــها

بشكل رئيسي أن الوالدين الذين تلقيا تدريباً على المبادئ العامة لتعديل السلوك قد يمكنهما معالجة نطاق أكثر إتساعاً من مختلف المهام لطفلهما دون حاجة لأن يعطيهما المعلمون المنزليون نموذجاً يقتديان به لكل مهمة.

وقد حدد كاميرون (١٩٨٦) بطريقة أكثر تخصصاً أربعة مجالات كبرى للتنمية المستقبلية وهى : –

١ – الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة الإضافية وخاصة أطفال الأسر المنتمية إلى مجموعات عرقية مختلفة والأطفال ذوى الإعاقات الحسية والأطفال ذوى الإعاقات الشديدة أو العميقة.

٢ – إختيار الأهداف اللغوية وتعليمها للأطفال الصغار المعوقين في النمو في سن صغيرة.

٣ – تشجيع التعلم رفيع المستوى مع إعطاء إعتبار خاص لأوجه التعميم والتكيف في مستويات التعلم الأكثر رقياً.

٤ – مساعدة الوالدين على معالجة المشكلات غير التربوية التي تشملهما وتشمل أفراد الأسرة الآخرين والمختصين المهنيين الآخرين العاملين مع الأسرة.

ومن المحتمل أن تشغل تلك المجالات المتعلقة بالموضوع مجهودات معتبرة في البحث والتنمية على مدى السنوات القليلة المقبلة.

(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٩٨ : ١٠٢)

نموذج بورتيدج التعليمي: –

تسلسل مراحل التعلم: –

يعتمد نجاح نموذج بورتيدج التعليمي على تقسيم الأهداف التعليمية بعيدة المدى إلى برنامج مكون من خطوات تعليمية صغيرة يتم تعليم كل خطوة من خلال أنشطة

تعليمية منظمة تهدف إلى إظهار تغير في إستجابة الطفل يمكن إخضاعه للقياس وذلك في مدى أسبوع واحد. وقد جادل نقاد النموذج في أن اتخاذ تلك الطريقة نحو تعلم الطفل قد يؤدى أحياناً إلى إكتساب الطفل لسلسلة من شذرات المهارات غير المترابطة وفكرتهم أن البرامج التعليمية القائمة على أسس مناهج منظمة تتجه نحو تجاهل الفرص الطبيعية للتعلم وينصب جدلهم خاصة على أنه قد تم إغفال تلك المواقف التي يمكن فيها ملاحظة الطفل وهو يقوم بتجريب سلوك جديد بشكل تلقائي قبل تطبيقه إغفالاً تاماً.

يقترح أنصار المدخل القائم على التجربة في مجال التعلم أن اللعب الحر في بيئة منظمة نموذج أكثر إثماراً لتعزيز النمو المبكر ولكن عندما يتم تعريض أطفال ذوى إحتياجات خاصة لمثل تلك البيئة فإنهم غالباً ما يفشلون في الإستفادة من الفرص المتوفرة دون إعطاء توجيه للعبهم.

يهتم نموذج التعلم الذي وصفة كاميرون وآخرون (١٩٨٦) والمستمد من عمل هارينج وآخرون (١٩٧٨). وهوايت وهارينج (١٩٨٠) بمراحل يمكن تميزها في عملية التعلم وتقع بين الاكتساب والتكيف وهى :
الاكتساب – الطلاقة – الاستمرارية – التعميم – التكيف.

١ – الاكتساب : –
هو أكثر مراحل التعلم تبكيراً حين ينصب التركيز والتأكيد على الدقة، يربط كاميرون وآخرون من خلال التنظيم الدقيق لخبرة التعلم بين مرحلة الاكتساب وبين النشاط التعليمي شديد التنظيم الذي ينتج عن استخدام إستمارة بورتيدج للنشاط، تشمل إستمارة بورتيدج للنشاط بالإضافة إلى هدف تعليمي مقرر بدقة، الإختيار الدقيق للمواد وتحليلاً لتقديم المواد وتوجيهات واضحة وطرقاً مقررة لتعزيز الطفل وإرشاداً لضمان ناتج ناجح للمتعلم.

٢ – الطلاقـــة : –

الطلاقة هي الخطوة التالية في عملية التعلم. يستمر الطفل هنـــا فـــي ممارســـة الاستجابة إلى أن يتم إنتاجها بسهولة وسلاسة. تزيد الممارسة المنتظمة والمتواترة مـــن السهولة التي ينتج بها الطفل المهارة أو الإستجابة أي أنها تعاون التعلم علــــى مســتوى الطلاقة.

٣ – الاستمراريـــة : –

تتعلق الإستمرارية بإستمرار المهارة عبر الزمن. تحمل بعض المهارات إمكانيـة الإستمرار لأن فرص إستخدامها تتاح بشكل طبيعي يومياً فهي جزء من الحياة اليومية.

٤– التعميم : –

يميل التعميم إلى أن يلي الطلاقة والإستمرارية فمن المحتمل أن الطفل الآن قـــد صار مدرباً على المهارة إلى حد أنه يمكنه أن ينتجها بإستخدام تنويعة كبيرة من المواد و إستجابة لعديد من الناس وفى أطر مختلفة.

(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٨٣)

٥ – التكيــف : –

التكيف هو المرحلة الأخيرة في الترتيب التي تصبح خلالها المهارة والإستجابة قد تم إدراجهم في رصيد مهارات الطفل فالآن يستطيع الطفل إستخدام المهارة معتمداً على نفسه حين يريد ذلك فهي تحت تصرفه.

(وزراه التربية والتعليم، برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، الدليل العملي، ١٩٩٩، ١٤١)

التعلــم رفيع المستــوى : –

يتطلب التعلم الكفؤ طبقاً للمراحل الخمس الموصوفة هنا ممارسة متواصلة ومفتاح

عملية التعلم هو القول المأثور "المران يؤدى إلى الكمال" وربما يتم الحصول على أقصى تقدير لنوعية المران الضروري للتعلم المبكر بملاحظة الأطفال أنفسهم.

إن توفير فرص ممارسة ومستوى تدريب متماثلين للطفل الصغير الذي أكتسب مهارات جديدة عن طريق أنشطة تعليمية دقيقة جزء أساسي من البرنامج التعليمي ولا يمكن ترك ذلك الأمر للمصادفة حيث أن الممارسة ضرورية للتعلم الكفؤ عبر كل مرحلة بدءاً من الإكتساب ووصولاً للتكيف ويمكن أن تكون تلك العملية طويلة بعد بدء ظهورها.

فالطفل الذي يسير بخطوات واثقة حتى بوابة الحديقة ليحيى زائراً قد مارس مهارة المشي طوال اليوم وكل يوم منذ أن بدأ في تلك الخطوات الأولى المترنحة بين أثاث غرفة الجلوس.

ولا يبدو أن تلك الممارسة تتطلب من الطفل بذل جهد لأنة نفذها بشكل طبيعي ولكن الطفل لم يبدأ المهارة عملياً "بل مجهود" هكذا في الواقع إلا بعد مران طويل منتظم.

يوجه الوالدان والمعلمون الذين يساعدون الطفل الصغير ذا الاحتياجات الخاصة في إنجاز مثل تلك المهارات رفيعة المستوى والتي تحتاج فترة زمنية أطول في الغالب من تلك التي يحتاج إليها الأطفال العاديون مشكلتين رئيسيتين :-

١ – كيف يمكن تشجيع الطفل على بذل جهد للمران الكافي إلى أن تفيد المهارة بسلاسة وتستمر عبر الزمن ؟
٢ – كيف يمكن مساعدة الطفل على تعميم المهارة على مجالات أخرى من سلوكه ؟

هناك طريقة من أكثر الطرق إثماراً للوالد والمعلم لضمان أن الطفل سيمارس مهارة حديثة الإكتساب بإنتظام هي جعل الأمر مثيراً للمرح بالنسبة للطفل إذا مر الطفل

بخبرة النشاط التعليمي أثناء مرحلة الإكتساب من خلال لعبة ممتعة فإن إحتمال تكراره المتواتر يزداد إلى أن يتم إنجاز الطلاقة ويرغب الجميع في المشاركة في اللعبة خاصة الطفل.

وكلما إزدادت اللعبة متعة كلما إزداد إحتمال إدخالها ضمن أمور الأسرة الروتينية إلى أن تضمن ألفة الطفل باللعبة إستجابته، حينئذ يصير إقتسام نجاح الطفل مع أفراد الأسرة الآخرين خطوة سهلة نسبياً يتم تجربتها في منازل الأصدقاء والأقارب ثم في اللعب في وقت لاحق.

اللعب والتعلم :-

إن جعل النشاط التعليمي الأصلي ممتعاً ومثيراً للمرح لكل المهتمين بأمره ليس إلا بداية لعملية طويلة في إتجاه التعميم والتكيف ومن المهم لضمان إستمرار كل طفل في تلقي مران كاف على المهارة الموجودة لدية حالياً إنشاء جلسات لعب منتظمة يشارك فيها فرد واحد من الأسرة على الأقل، وإنعقاد جلسات اللعب يومياً فرص مثالية للتحقق من أن لدى الطفل فرصاً لممارسة كل ما في جعبته من مهارات وعندما تستخدم الجلسة لممارسة مهارة أدخلت حديثاً إلى الطفل فإن كل المطلوب عندئذ هو تيسير وجود المواد المناسبة أو تكرار تقديم النشاط الأصلي. يوجه اللعب في تلك المرحلة نحو هدفي الطلاقة والاستمرارية وكلما إزدادت مهارة الطفل في النشاط والمواد الأصليين المقدمين له وكلما زادت ألفته لهما كلما وجب إدخال تغيرات،

(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ٨٤)

<u>بورتيدج في المدارس : -</u>

على الرغم من أن بورتيدج قد صمم في الأصل برنامجاً للتعليم المنزلي فإن طاقم العاملين في المدارس وغيرها من الأطر القائمة على أساس العمل في مركز قد قدروا مزاياه وقد حدد كاميرون (١٩٨٦) تنويعة واسعة من التعديلات التي أدخلت على بورتيدج

ليناسب المدارس ومع ذلك يمكن تلخيصها تحت عنوانين رئيسيين :-

أ - نموذج بورتيدج التعليمي : -

يمكن استخدام جدول الفحص السلوكي أساساً للتدريب على التخطيط لمنهج داخل المدرسة

ويمكن تعديل بطاقات الأنشطة لتعليم الأهداف ذات الأولوية في إطار كل من المنزل والفصل والمدرس .

ب - نموذج خدمة بورتيدج : -

يمكن استخدام نموذج بورتيدج لتوصيل الخدمة من أجل تحسين الإتصال بين المنزل والمدرسة أو كخدمة زيارة منزلية قائمة على تعدد جوانب المشاركة من جهة الوكالة المدرسية أو كأحد التيسيرات المدرسية المتاحة لتكون في متناول طاقم العاملين في المدارس المجاورة .

سادت مسألة "التكامل" عالم التربية في الثمانينات ويمكن أن يكون الهدف بعيد المدى لإنشاء نظام متكامل للتربية والتعليم مفهوماً موجهاً قوياً في التربية والتعليم ولكن مازال أمر أين وكيف يجب التقديم في الوقت الحالي بعيداً عن الوضوح. وما يمكن لنموذج بورتيدج أن يقدمه للمدارس هو نظام دعم متواضع لكل من المدرس في المدرسة والمدرسين (في المنزل) كما يمكن توفير أفضل الفرص المواتية لحدود التربية الناجحة والتكامل الاجتماعي .

(مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣، ١٣)

ثـــالـــثـــاً: متلازمة داون:

- تعريف متلازمة داون
- شذوذ الكروموسومات
- أنواع متلازمة داون
- أسباب حدوث متلازمة داون
- الخصائص الأساسية للمصابين بمتلازمة داون
  1- الخصائص الجسمية والإكلينيكية
  2- خصائص النمو
  3- الخصائص السلوكية والإجتماعية
- كيفية التعرف على خطر الحمل في طفل داون
- التحاليل التشخيصية لمتلازمة داون
- الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمتلازمة داون
- العمر المتوقع للمصابين بمتلازمة داون
- الوقاية من حدوث متلازمة داون
- التدخل المبكر مع حالات متلازمة داون
- أهداف التدخل المبكر مع حالات متلازمة داون
- فعالية التدخل المبكر مع الأطفال الداون
- معوقات التدخل المبكر مع الأطفال الداون
- الخدمات التعليمية والفرص المهنية المتاحة للداون
- أهمية العلاج الطبيعي في التدخل المبكر مع الأطفال الداون
- زواج الشاب الداون

متلازمـــة داون: Down syndrome

متلازمة داون عبارة عن شذوذ خلقي مركب وشائع في الكروموســـوم ٢١ نتيجـــة إختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحب لتخلف عقلي وقد تم التعـــرف عليـــه لأول مـــرة ووصفـــه عام ١٩٦٦ عن طريق الطبيب جـــون لانجـــدون داونGohn Langedon Down

(Baraitser & Winter, 1996, 1: 2) (www.Secc.Rti.org, 2002)

فالشخص المصاب بمتلازمة داون لديه ٤٧ كروموسوماً بدلاً من ٤٦ ويكون هـــذا الكروموسوم الزائد متجاوراً مع زوج الكروموسومات ٢١ بحيث يصبح ثلاثياً بدلاً من كونه ثنائياً وهو ما يعرف بشذوذ الكروموسومات من حيث العدد ويسمي ثلاثية الكروموسومات Trisomy أو الإنقسام الثلاثي.

(عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي، ١٩٩٨، ٣٠٠)

وتنتشر متلازمة داون في ١ : ١٠٠٠ من المواليد الأحياء وترتبـــط بشـــكل قـــوي بالتأخر العقلي. وكل عام يولد حوالي ٣ -٥ آلاف طفل مصاب بمتلازمة داون. ويعتقـــد أن حوالي ٢٥٠,٠٠٠ عائلة في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم أطفال مصـــابين بمتلازمـــة داون.

(Michael Hersem, 2000, 341) (Michael. J. Guralnick, 1997, 1 : 26)

أما في مصر فتنتشر كتلازمة داون في ١: ٦٥٠ من المواليد.

(نجوى عبد المجيد، ١٩٩٩)

وعادة يتم تحديد هذا المرض عند الميلاد.

(Hermandez, D., 1996, 1411 : 1416) (www.np.edu.sg, 1997)
(Hayes & Batshaw, 1993, 523 : 535)

وتتضمن متلازمة داون شذوذات متنوعة مثل: العيوب الخلقية بـــالقلب، مظـــاهر خاصـــة بالإبصار (العين)، إضطراب في الجهاز الهضمي، الجهاز العصبي المركزي، عيوب فـــي الأطراف...إلخ.

(Pueschel, et al., 1991, 502 : 511) (Strafstrom, et al., 1991, 191 : 200)
(Baccichetti, et al., 1990, 84 : 86)

وبذلك نجد أن الخلفية المليئة بالمظاهر الشاذة لهذه المتلازمة هي المســـؤله عـــن الشـــذوذ الجسمي والعقلي للمصابين بها.

(Mastsumoto, et al., 1995, 521 : 522)

فالتأخر الذهني واحد من أهم المظاهر الشائعة بمتلازمة داون حيث تكون معدلات الذكاء للمصابين به بين المتوسط والشديد وبالرغم من أن التخلف العقلي لا يمكن علاجه تماماً إلا أن كل الأطفال المصابين بالتخلف العقلي يمكن مساعداتهم علي التقدم بسرعة أكبر عن طريق جلسات التنبيه والتدخل المبكر.

(Rondal, 1995, 132 : 135)

وحيث أن متلازمة داون مرتبطة بعدد كروموسومات الخلية فمن الأهمية تناول موضوع شذوذ الكروموسومات بشئ من التفصيل وذلك فيما يلي:

شذوذ الكروموسومات: Genetics disorders

الكروموسومات عبارة عن مخلوقات صغيرة جداً يحمل كل منها مئات الجينات ويوجد في كل خلية زوجاً من الكروموسومات بالإضافة إلى كروموسومي الجنس اللذين يظهران عند الأنثى (XX) وعند الذكر (XY) وبذلك يكون في كل خلية جسمية ٤٦ كروموسوماً.

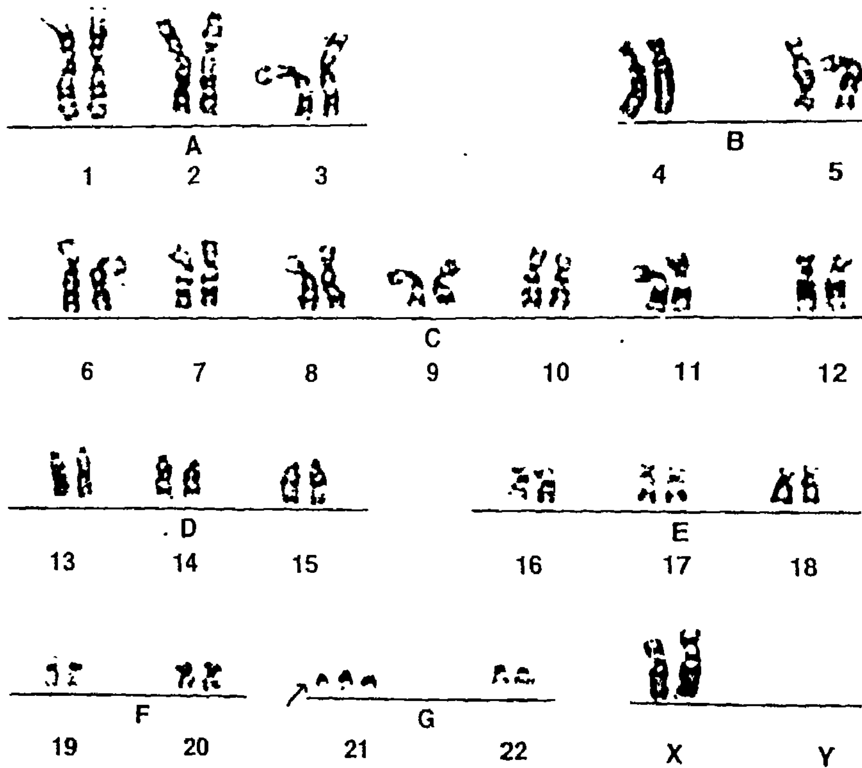
أما خلايا الأمشاج التي تتكون عن طريق الإنقسام الميوزي فتضم نصف هذه الكروموسومات حيث يتكون كل مشيج ذكري "حيوان منوي" أو مشيج أنثوي "البويضة" من ٢٣ كروموسوماً فقط وعندما يلتقي مشيج ذكري مع مشيج أنثوي يكونان معاً الخلية الأولى وتسمى "زيجوتZygote" وتضم ٤٦ كروموسوماً. حيث يلتصق كل كروموسوم من مشيج الأم مع نظيره من مشيج الأب ليكونوا ٢٣ زوجاً من الكروموسومات.

ويعتمد نمو الخلية الأولى "الزيجوت" من نطفة إلى علقه فمضغة ثم جنين على عاملين هما: سلامة الكروموسومات وسلامة عملها. فأي خطأ في الكروموسومات أو في عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية تتلف خلايا الدماغ وتؤذي الجهاز العصبي، ومن هذه الأخطاء زيادة كروموسوم في الخلية أو غياب كروموسوم آخر ليس نظيراً له.

وتنتج أخطاء الكروموسومات عن فشل إنفصال أزواج الكروموسومات non-disjunction أثناء الإنقسام الميتوزي لخلايا الجسم فإذا حدث الفشل أثناء إنقسام الخلية الأولى "الزيجوت" نتجت خلية بها ٤٧ كروموسوماً وأخرى بها ٤٥ كروموسوماً وعادة تموت الخلية الأخيرة أما الخلية التي بها كروموسوماً زائداً فتنقسم إلى خليتين بكل منهما ٤٧

كروموسوماً وهكذا تستمر عملية تكاثر الخلايا بالإنقسام الميتوزي حتي يتكون جسم الجنيـن من خلايا بكل منها كروموسوماً زائداً ويظهر عرض المرض في هذه الحالة نقياً.

أما إذا إنقسمت الخلية الأولى "الزيجوت" إلى خليتين سليمتين وحدث فشل إنفصـــال الكروموسومات في إنقسام إحدى الخليتين ولم يحدث في الخلية الثانية نتجت أربع خلايـــا: خليتان سليمتان وثالثة بها ٤٧ كروموسوماً ورابعة بها ٤٥ كروموســوماً، تمـوت الخليــة الأخيرة ولا تتكاثر عادة أما الخليتان السليمتان فتنقسمان إلى أربع خلايا سليمة وتنقسم الخلية المريضة إلى خليتين بكل منهما ٤٧ كروموسوماً وهكذا تستمر عملية تكاثر الخلايا بالإنقسام الميتوزي حتى يتكون جسم الجنين من خلايا سليمة وأخرى غير سليمة ويظـــهر عــرض المرض في هذه الحالة غير نقي.



شكل (٢/٢) يوضح شكل الكروموسومات

وتنتج أخطاء الكروموسومات أيضاً عن إنفصال أزواج الكروموسومات أثناء الإنقسام الميوزي لتكوين الأمشاج حيث يكون بالمشيج كروموسوم زائد أو ناقص أو به جزء من كروموسوم آخر فإذا حدث تلقيح من هذا المشيج كانت الخلية الأولى مريضة فإذا إستمرت في الحياة إنقسمت إلى خليتين مريضتين وأنقسمت الأخيرتان إلى أربع خلايا مريضة.

وهكذا يستمر تكاثر الخلايا بالإنقسام الميتوزي حتى يتكون جسم الجنين من خلايا غير سليمة ويظهر عرض المرض نقياً.

وتسبب أخطاء الكروموسومات إضطرابات بيوكيميائية تؤثر علي عملية التمثيل الغذائي للخلية وتؤدي إلي موتها وعدم إستمرار الحمل أو تؤدي إلي تشوه الجنين وإصابته بالتخلف العقلي.

وهناك بعض الأعراض المرتبطة بعدد كروموسومات الخلية وأهم هذه الأعراض: عرض داون، عرض تيرنر، عرض كلانيفلتر و صغر حجم الرأس.
(كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٦، ١١٩ : ١٢٣)

<u>أنواع متلازمة داون:-</u>

يحدث الإنقسام الثلاثي الذي يسبب متلازمة داون نتيجة ثلاث حالات:-

١- الحالة الأولي:- ثلاثي ٢١ (Non – Disjunction)

نتيجة خطأ في التوزيع الكروموسومي قبل الحمل فعندما يتم الإنقسام الإختزالي لا تكون الكروموسومات موزعة بين الخليتين الجديدتين بسبب هذا الإنقسام مما يؤدي إلي أن تحصل إحدي الخليتين علي كروموسوم زائد بينما لا تحصل الخلية الأخري علي مثل هذا الكروموسوم مما يجعل إحدى الخلايا تحتوي علي ٢٤ كروموسوماً بدلاً من ٢٣ كما هو الحال في الخلية العادية وهذه الحالة هي أكثر أسباب حدوث متلازمة داون.

٢- الحالة الثانية:- الإنتقالي (Translocation)

التي يحدث فيها الإنقسام الثلاثي وبالتالي متلازمة داون هو شذوذ الكروموسومات بسبب تغيير الموقع إذ يحدث فيه إرتباط كروموسومي مع كروموسوم آخر بعملية إلتصاق ويمكن أن يحدث في أي كروموسوم لكنه أكثر شيوعاً في مجموعات الكروموسومات ١٣،

١٤، ١٥، ٢١، ٢٢، ٢٣. وفي ثلث حالات إنتقال الموقع فإن أحد الوالدين يكون حاملاً لهذا الخلل أي كمية زائدة من الكروموسوم ٢١ مما ينتج عنه مجموعات من كروموسوم ٢١ بدلاً من زوج منها.

٣- الحالة الثالثة:- الفسيفسائي (Mosaic)

التي يحدث فيها الإنقسام الثلاثي هو حدوث شذوذ في الكروموسومات بعد حـــدوث الإخصاب إذ يحدث خطأ في توزيع الكروموسومات بمجرد أن تبدأ البويضة الخصبة فـــي الإنقسام مما يؤدي إلي عدم إنفصال أحد الكروموسومات فتحتوي الخلية الجديدة بالتالي علي ثلاثة كروموسومات بينما الخلية الأخري الناتجة عن نفس الإنقســـام لا تحتـــوي إلا علـــي كروموسوم واحد، وبسبب نقص الكروموسوم في الخلية الثانية فإنها تموت وتبقـــى الخليـــة الأولى التي تحتوي على كروموسوم زائد في الإنقسام. وهذا الخطأ في الخلية الأولى ونتيجة للإنقسام ستستمر خلايا الجسم في الإنقسام حاملة ثلاثية الكروموسوم الذي حدث فيه الشذوذ.
(عبد العزيز السرطاوي،جميل الصمادي، ١٩٩٨، ٣٠٠ : ٣٠١)

<u>أسباب حدوث متلازمة داون :</u>

بالرغم من تطور العديد من النظريات إلا أنه لم يعرف السبب الحقيقـــي لمتلازمـــة داون، ولكن يمكن تحديد بعض العوامل المسببة لمتلازمة داون بتقسيمها إلى عوامل وراثيـــة وعوامل بيئية وذلك فيما يلي:

١-العوامل الوراثية: وتتمثل في

أ- وراثة خاصية التخلف العقلي.

ب- إنتقال خصائص وراثية شاذة (شذوذ الكروموسومات - شذوذ الجينات).

و يعتقد بعض الأخصائيين أن خلل الهرمون، أشعة X ، الإصابه بالحمى، المشـــكلات المناعية أو استعداد الجين يمكن أن تكون السبب في حدوث خلل إنقسام الخلية وينتـــج عنه حدوث متلازمة داون.

ج- عوامل بيولوجية أخرى مثل عامل الريزومي (RH) - إضطرابات الغدد الصماء (ضمور الغدة التيموسية - تضخم الغدة الدرقية).

د- التشوهات الخلقية: فقد يصاب الطفل بشذوذ فسيولوجي خلقي Congenital غير معروف أسبابه بوضوح ويؤدي إلى التأخر الذهني والذي منه (شذوذ في شكل عظمام الجمجمة - فقدان جزء من المخ - الإستسقاء الدماغي - صغر حجم الجمجمة) وهذه الحالات من الممكن إرجاعها إلى عوامل وراثية أو إلى عوامل

مكتسبة.

هـ- عوامل بيوكيميائية (طفرة جينية).

٢-عوامل بيئية: وتتمثل في:

أ-عوامل قبل الولادة:مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية، البكتيرية، الإشعاعات، الإستخدام السيىء للأدوية، سوء تغذية الأم الحامل، سن الأم عند الحمل، التدخين أثناء الحمل، إدمان الكحوليات والمخدرات، نقص نمو الجنين.

ب-عوامل أثناء الولادة: الولادة العسرة، وضع المشيمة، إستخدام الجفت في الولادة.

ج-عوامل بعد الولادة: سوء التغذية، إلتهاب المخ، شلل المخ، الإلتهاب السحائي، أمراض الغدد، أمراض الطفولة العادية، الحوادث، الحرمان من الأم، الحرمان الثقافي.

(www.Thearc.org, 1990)

أثبت الباحثون أن الخلية النشطة التي تحتوي على نسخ أكثر من كروموسوم ٢١ تزيد بتقدم عمر الأم. فالمخاطرة في حمل طفل مصاب بمتلازمة داون تزيد بزيادة عمر الأم، ومن بين النساء في عمر ٣٥-٣٩ عام تحدث حالات متلازمة داون في حوالي ١ : ٢٨٠ من المواليد، وبين النساء في عمر ٤٠ عام تكون النسبة ١ : ١٠٠٠ من المواليد

وبالنسبة للأمهات اللاتي أعمارهن ٤٥ عام تكون النسبة ١ : ٣٠ من المواليد. وبذلك يتضح أن حمل المرأة في سن متقدمة يعرضها لخطر إنجاب طفل مصاب بمتلازمة داون.

(Helen Bee, 1995, 52) (Dalton & De cherney, 1993, 58 : 64)

كما وجد ميكيلسين عام ١٩٨١ أن ٢٠% من حالات متلازمة داون ترجع في أصلها إلى تقدم عمر الأب.

(Mikkelsen, 1981, 211 : 226)

وقد إقترح كثير من المتخصصين أن المرأة الحامل في سن ٣٥ عام أو أكثر يجب أن تجري فحوصات قبل الحمل.

(www.Secc.Rti.org, 2002)

وبالرغم من أنه من الشائع أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون مولودين من أمهات أعمارهن فوق ٣٥ عام إلا أن الأمهات الأقل من ٣٥ عام معدلاتهن أكبر في إنجاب أطفال مصابين بمتلازمة داون.

(www.ds-health.com, 2002)

<u>الخصائص الأساسية للمصابين بمتلازمة داون:</u>

١- الخصائص الجسمية والإكلينيكية :

بالرغم من أن الأفراد الداون لهم خصائص جسمية مميزة إلا أنهم متشابهين عموماً بالنسبة للشخص العادي في المجتمع أكثر من كونهم مختلفين.

وليس لكل الأطفال الداون كل الخصائص فبعض منهم لديه قليل من الخصائص والبعض لديه معظم علامات الداون وتتضمن الخصائص الآتي:

- إنبساط الوجه.
- إنبساط في مؤخرة الرأس.
- رقبة عريضة قصيرة.
- وجود ثنايا لحمية زائدة في مؤخرة العنق.
- شذوذ ملاحظ في لون البشرة.
- ارتفاع وضيق في أعلى باطن الفك أو الفم.
- صغر حجم الأنف.
- ميل وإنحدار في العينين يصاحبة مصاعب في حدة الإبصار وتضخم في جفن العين.
- إنخفاض في موضع الأذن ونمو غير عادي لقناة الأذن.

(عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي، ١٩٩٥، ٣٠٢ : ٣٠٣)

- صغر حجم الجمجمة في كل الأعمار.

(Pueschel, 1995, 216 : 222)

- لسان عريض ، سميك ومشقق.

(De Grouchy & Turleau, 1990, 247 : 255)

- نقص في نمو المخ.

(Nadel, 1995, 107:114)

- عيوب خلقية بالقلب.

(Haslam, 1995, 223 : 229)

- تأخر عقلي أو نقص في النمو الإدراكي بين المتوسط والشديد.

(Caycho, et al., 1991, 575 : 853) (Werner, 1994, 277 : 282)

- تأخر في الكلام واللغة.

(Zigman, et al., 1997, 76 : 80)

- نمو غير طبيعي للأسنان.
- قصر اليد وعرضها وإنحدار أو إمتداد أو زيادة عدد الأصابع وإرتخاء عضلات الأصابع.
- وجود مسافة بين أصبع القدم الكبير وما يليه ووجود التمام أو تضخم أو إنبساط في أصابع القدم.
- قوام قصير وأطراف قصيرة ومتضخمة.
- صعوبات في التنفس وفي وظائف الرئتين.
- نقص الفيتامينات والكالسيوم.
- ضعف العظام والأنسجة العصبية.
- تأخر في النمو الحركي.

(عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي، ١٩٩٨، ٣٠٢ : ٣٠٣)

٢- خصائص النمو:

أما فيما يتعلق بالنمو فلا تظهر أي فروق بين الأطفال المصابين بمتلازمة داون وغيرهم من الأطفال العاديين خلال السنتين الأولى والثانية.

(عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي، ١٩٩٨، ٣٠٤)

وبالرغم من أن منحنى النمو للأطفال الداون عادة أدنى من منحنى النمو للأطفال العاديين وذلك في مختلف سنوات العمر.

(Lauras, et al., 1995, 207 : 212) (Napolitano, et al., 1990, 63 : 65)

كما أن الدراسات تؤكد وجود فروق بين الأطفال الداون بعضهم وبعض في إكتساب المهارات الأساسية للنمو.

(Wishart, 1995, 57 : 92)

غير أن الفروق بين الأطفال الداون والأطفال العاديين تبدأ في الظهور مع تقدم العمر خاصة في سن الرابعة والخامسة. وما يميزهم هو مشكلات النمو إذ يعانون من المشكلات النمائية التالية:

- صعوبات في الحواس المختلفة وخاصة حاستي اللمس والسمع.
- صعوبات في التفكير المجرد وكذلك في الفهم والإستيعاب.
- صعوبات في الإدراك اللمسي والإدراك السمعي.

(عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي، ١٩٩٨، ص ٣٠٤)

- صعوبة الإنتقال من مرحلة لأخرى في النمو الحسحركي.
- الذاكرة طويلة المدى جيدة.

(Dunst's, 1990, 180 : 230)

٣- *الخصائص السلوكية والإجتماعية:-*

أما الخصائص السلوكية والإجتماعية التي تميز الأطفال المصابين بمتلازمة داون فتتمثل فيما يلي:-

- ودودون من الناحية الإجتماعية ويقبلون علي الآخرين ويحبون مصافحة الأيدي وإستقبال الغرباء.
- يبدون المرح والسرور بإستمرار.
- تقل لديهم المشكلات السلوكية إلا أنهم يمكن أن يغضبوا إذا ما إستثيروا إلا أن هذه الخاصية ليست مميزة لهم إذ أن المشكلات السلوكية التي يظهرها بعضهم يمكن إرجاعها إلي إختلافات الظروف الأسرية والبيئية التي يوجد فيها هؤلاء الأطفال.

(عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي، ١٩٩٨، ٣٠٤)

كما أن هناك فروق فردية في الناحية السلوكية والمزاجية العامة بين الأفراد المصابين بمتلازمة داون بعضهم وبعض.

(Manion, 1995, 29 : 36)

- <u>كيفية التعرف علي خطر الحمل في طفل داون:-</u>

إن عملية الفحص قبل الحمل لمعرفة خطر التعرض لحمل طفل مصاب بمتلازمة داون عملية متاحة فهناك إختبارات موسعة لفحص الخلل في دم الأم لتحديد إذا كان هناك إحتمال كبير للإصابة بالداون. وهي عبارة عن إختبارات وتحاليل دم هي:

- Serum alpha feto-protein (MSAFP)
- Chrionic gonadotropin (hcg)
- Unconjugated estriol (uE3)

ولكن هذه القياسات الثلاثة ليست مؤكدة للإصابة بمتلازمة داون ويفضل إجراء التحاليل التشخيصية الأخري.

التحاليل التشخيصيـــة لمتلازمة داون:-

١- عينـــة من السائل المحيط بالجنين Amniocentesis

حيث يتم سحب عينة من السائل المحيط بالجنين بواسطة إبره خاصة وتكون فيـــها مخاطر التعرض للإجهاض قليلة وتتم هذه العملية عند إكتمال ١٤ إلي ١٨ أسبوع من الحمل وتأخذ عادة وقت لفحص الخلايا الموجودة في هذا السائل لمعرفة إذا ما كانت الخلايا تحتوي علي مواد أكثر من كروموسوم ٢١.

(Snijder, et al., 1994, 543 : 552)

٢-عينة دم من الحبل السري عن طريق الجلد

Bercutaneous Umbilical Plood Sambling (BUPS)

وهي من أدق الطرق ويمكن إستخدامها لتأكيد نتائج عينة المشيمة أو عينة الســـائل الأمنيوسي ولكن عينة الدم من الحبل السري لا يمكن إجرائها إلا بعد الحمل وخلال الفـــترة من ١٨ إلي ٢٢ أسبوع ويكون خطر التعرض للإجهاض في هذه الطريقة كبير.

وتتطور طرق الفحص قبل الحمل، كما تقوم بعض الجهات بتدعيم تطويرها. وفي العديد من البلاد يتم عمل مسح شامل قبل الولادة لخطر التعرض لإنجاب طفل مصـاب بمتلازمة داون وغالباً تكون الإجراءات روتينية في هذا الموضوع.

(www.ncbi.nlm.nih.gov:80, 2001) (www.Natural.com, 2001)

٣-عينة من المشيمـــة Chorionic Vills Sambling (CVS)

يتم سحب عينة من المشيمة في الفترة بين ٩ إلي ١١ أسبوع من الحمل وهي تتطلب أخذ مثقال ذرة من المشيمة وبالتحديد من النسيج الداخلي الذي سيتطور إلي مشـــيمة ويتـم فحص النسيج لمعرفة وجود مواد زائدة من كروموسوم ٢١ ويمكن أخذ العينة مـــن عنــق الرحم وفي هذا النـــوع يكون التعرض لخطر الإجهاض من ١ – ٢ %.

الرعاية الصحية للأطفال المصابين بمتلازمـــة داون:-

الطفل المصاب بمتلازمة داون يحتاج نفس الرعاية الصحية التي يحتاجها أي طفـل آخر وطبيب الأطفال يجب أن يمد الأسرة بإرشادات عامة عن الصحـــة، التحصيـن ضـد الأمراض، أدوية الطوارئ التي يجب أن تكون موجودة بالمنزل وتقديم الدعم والإستشـارات

للأسرة، إلا أن هناك بعض المواقف التي يحتاج فيها الطفل المصاب بمتلازمة داون لرعاية خاصة ومنها ما يلي:

١. حوالي ٦٠ :٨٠ %من الأطفال المصابين بمتلازمة داون يعانون من خلل في السمع، لذلك فالكشف علي السمع في سن مبكرة وعمل إختبارات متابعة للسمع هام جداً. وإذا تم إكتشاف فقدان بسيط للسمع يجب عرض الطفل علي أخصائي أنف وأذن وحنجرة.

٢. حوالي ٤٠ : ٤٥% من الأطفال الداون يعانون من أمراض خلقية بالقلب وكثير منهم يتعرض لإجراء عمليات جراحية بالقلب وغالباً ما يستغرقون وقتاً طويلاً في العلاج مع طبيب أطفال متخصص في القلب.

٣. إضطرابات الأمعاء تحدث أيضاً بنسبة كبيرة في الأطفال الداون ومنها إنسداد المرئ والأمعاء الدقيقة والإثني عشر، كما أن فتحة الشرج ليست طبيعية عند الأطفال الداون وكل هذا يتطلب أن يعالج جراحياً من أجل أداء وظائفهم بطريقة طبيعية.
(www.Thearc.org, 1990)

٤. الأطفال الداون يعانون من مشكلات في العين أكثر من الأطفال الطبيعيين فمثلاً حوالي ٣% منهم يعانون من المياه البيضاء ويحتاجون لإزالتها جراحياً، كما توجد بعض المشكلات الأخري المتصلة بالعين مثل الحول، طول النظر، قصر النظر وغيرها.

٥. أما بالنسبة للتغذية ففي مرحلة الطفولة تظهر مشكلات التغذية ونقص الوزن عند الأطفال الداون.
(Pueschel, 1990, 52 : 56)

٦. كما أن بعض الأطفال الداون خاصة الذين يعانون من مشكلات خطيرة بالقلب لا ينمون في مرحلة الطفولة بالصورة المطلوبة ومن ناحية أخرى فالبدانة ملاحظة في مرحلة المراهقة والبلوغ نتيجة زيادة مخزون الدهون. كل هذه الحالات يمكن تجنبها عن طريق الإرشادات الغذائية الملائمة.
(www.Thearc.org, 1990)

٧. الإختلال في وظيفة الغدة الدرقية شائع بين الأطفال الطبيعيين. فحوالي ١٥: ٢٠% من الأطفال الداون لديهم قصور درقي. ومن المهم التعرف على الأطفال الداون الذين

يعانون من خلل في الغدة الدرقية حيث أن القصور في وظيفتها يؤدي إلى خلل في وظيفة الجهاز العصبي المركزي.
(Pozzan, 1990, 57 : 58)

٨. في الستينات أثبتت عملية تشريح للبالغين المصابين بمتلازمة داون أن لديهم حساسية فريدة لمرض الزهايمر ففي سن ٣٥-٤٠ عـــام يظـــهر لديـــهم خصـــائص مرضيـــة وإضطرابات عصبية مرتبطة بمرض الزهايمر وإستنتجت الدراسات أن كـــل البـــالغين الداون سيصابون بالزهايمر إذا عاشوا لفترة طويلة. ومن الصعوبة تشـــخيص مـــرض الزهايمر في البالغين الداون والمتأخرين عقلياً حيث تتشابة حالات الزهايمر مع التدهـور الإدراكي للمصابين بمتلازمة داون لذا فالسيطرة الحقيقية لمرض الزهايمر في متلازمة

داون لم يتم التعرف عليها حتى الآن حيث أن معلوماتنا عن السمات والمظاهر الطبيـــة لهذا المرض ما زالت قليلة.
(Dalton, 1992, 51 : 76) (Dalton, 1995, 58 : 64)

٩. جانب آخر يحتاج لرعاية طبية علاجية في متلازمة داون يتضمن أمراض المناعـــة، اللوكيميا، إختلال التوازن، الصرع، إنقطاع النفس أثناء النوم، ..... إلخ. كل هذا يتطلب الإهتمام بالعرض علي أخصائيين في المجالات المتخصصة.
(Bradtkorb, 1994, 227 : 285) (Puesch SM. et al., 318 : 320)
(Shen. et al., 1995, 915 : 925)

العمر المتوقع للمصابين بمتلازمة داون:-

من أهم الدراسات في هذا الموضوع دراسة تم تطبيقها علي أكـــثر مـــن ١٢ ألـــف شخص مصاب بمتلازمة داون، وجدت الدراسة أن أكثر المشكلات العلاجية لا تتوافق مـــع معدل الوفيات المتنبأ بها كما كان شائع. كانت مهارات الإعتماد علي النفس هـــي أفضـــل متنبئ للعمر المتوقع لحياتهم، وبالنسبة للبالغين المصابين بمتلازمة داون والقـــادرين علـــي مساعدة أنفسهم (سهولة الحركة، إطعام أنفسهم) يتوقع أن يعيشوا حتي الخمســـينات بينمـــا الأخرين الذين تنقصهم مهارات مساعدة النفس يتوقع أن يعيشوا حتي الأربعينات، إلا انه من غير المعقول أن نتوقع مدي حياة طفل مولود بمتلازمـــة داون لأن كثـــير مـــن التغـــيرات الإجتماعية والعلاجية تحدث لهم خاصة في العقود القادمة.

وفي دراسة أخري أجريت في أوروبا عام ١٩٩٧ وجد أن نسبة ٨٨% من المواليد المصابين بمتلازمة داون يعيشون حتي عامهم الأول وأن ٨٢% يعيشون حتي عامهم العاشر.

(www.ds-health.com, 2002)

وتؤكد التقارير أن نسبة كبيرة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون يموتوا في عامهم الأول بعد الولادة. كما أن ٢٢% منهم يموتوا مبكراً قبل عامهم الأول.

ومن أهم الأسباب التي تؤدي لوفاتهم:-

- العيوب الخلقية بالقلب.
- مرض اللوكيميا.

(Mikkelsen, et al., 1990, 75 : 82)

وبالرغم من ذلك ونتيجة للرعاية الطبية وبرامج التدخل المبكر زاد العمر المتوقع للمصابين بمتلازمة داون وإستطاعوا دخول المدارس العادية والمشاركة في الألعاب الرياضية والتمتع بحياتهم مثلهم مثل أقرانهم الطبيعيين.

(Rasore – Quartino and cominetti, 1995, 238 : 246) (Sadler, 1996, 20 : 24)

<u>الوقاية من حدوث متلازمة داون:-</u>

- وترتبط حالات متلازمة داون في إنتشارها طردياً مع تقدم الأم في العمر، والأمهات في أعمار أكبر من ٣٥ سنه هن الأكثر عرضة لإنجاب أطفال مصابين بمتلازمة داون ويزداد هذا التوقع أكثر بعد سن الأربعين ويزداد كثيراً بعد سن الخامسة والأربعين، لذا ينصح كإجراء وقائي بعدم حمل الأم بعد سن ٣٥ عام وهذا الإجراء من شأنه ان يقلل كثيراً من إنتشار حالات متلازمة داون.

- يلزم عمل تحليل للكروموسومات للمتزوجين قبل حدوث الحمل للتعرف على خطو إنجاب أطفال لديهم أمراض وراثية كإجراء وقائي للحد من إنتشار الأمراض الوراثية.

- إجراء الفحوصات الطبية وطلب الإستشارة في حالة حدوث حمل لدي الأم التي سبق وان أنجبت طفلاً مصاب بمتلازمة داون إذ أن الإجراءات التشخيصية المبكرة مفيدة حيث يتم تشخيص هذه الحالات أثناء الحمل عن طريق التحاليل التشخيصية

التي تم ذكرها سابقاً خاصة للأمهات كبار السن أو اللاتي أنجبن حالات داون من قبل. وعند إكتشاف وجود عيوب كروموسومية لدي الجنين فإن الإرشاد الوراثي يأخذ دورة ويكون القرار راجعاً للوالدين.

- كما أن الآباء الذين أنجبن طفل لديه حالة متلازمة داون عليهم أن يستشيروا متخصصين في الوراثة لإجراء الفحوص اللازمة لمعرفة توقع إنجاب أطفال آخرين لديهم هذه الحالات.

- قد تظهر البحوث في السنوات القادمة وجود حالات أخري يزداد لديها إحتمال إنجاب أطفال لديهم مشكلات راجعة لشذوذ الكروموسومات. وعلي سبيل المثال فقد أصبح معروفاً أن الأمهات اللاتي تعرضن للإصابة بإلتهاب الكبد الوبائي يصبحن عرضة لإنجاب أطفال لديهم شذوذ في الكروموسومات (ومنها حالات متلازمة داون) حيث أن الفيروس المسبب للإلتهاب الكبدي الوبائي يؤدي في أحيان كثيرة

إلي تشوهات في الكروموسومات وقد إكتشفت هذه الظاهرة في إستراليا حيث ظهرت حالات متلازمة داون في صورة موجات متفاوتة ولكنها مرتبطة بظهور إلتهاب الكبد الوبائي.

(عبد العزيز الشخص، جميل الصمادي، ١٩٩٨، ٣٠٤ : ٣٠٥)

(محمد محروس الشناوي، ١٩٩٧، ٩١)

<u>التدخل المبكر مع حالات متلازمة داون:-</u>

يعد التدخل المبكر حالياً من أفضل الوسائل الموظفة للعلاج بصفة عامة ولإستراتيجيات الوقاية. فكل ما كتب عن تأثيرات التدخل المبكر علي الأطفال المعوقين في النمو والمعرضين لخطر الإعاقة متشعب ومتعدد ومتطور بإستمرار.

ويعد برنامج هيد ستارت من أفضل البرامج علي الإطلاق التي تناولت التدخل المبكر.

(Baumeister & Bacharach, 1996, 79: 104)

(Detterman & Thompson, 1997, 1082: 1090)

ومن الملاحظ انه كان سيتعذر الحصول علي مكاسب طويلة المدي إذا لم يتم تخطيط نتائج برامج التدخل المبكر بدقة، وبالإضافة إلي ذلك، هناك الكثير من التأثيرات

الإيجابية المباشرة وغير المباشرة التي تحققت للأطفال وأسرهم من خلال إتبـــاع برنـــامج التدخل المبكر التعليمي الشامل لمرحلة الطفولة.

(Michael Hersen, 2000)

وتقوم برامج التدخل المبكر علي أهمية وضع الوالدين والقائمين برعاية الطفل فـــي الإعتبار عند تحديد مستوي نمو الطفل.

(O'Brien, 1994, 1: 6)

حيث يشترك أعضاء الأسرة مع الأخصائيين في تحديد الأهداف وتقييم الأنشطة التي يمكـــن أدائها من البداية للنهاية وعلاقتها بأقرانهم الطبيعيين لتحديد المهام والأنشطة المناسبة لعمـــر الطفل والتي سيتم تدريبه علي إكتسابها.

(Buysse & Bailey, 1993, 434: 461) (Minihan. et al., 1993)

<u>أهداف التدخل المبكر مع حالات متلازمة داون:-</u>

١. مساندة الأسرة لتحقيق أهدافها وتعزيز التفاعل بين الأطفال وأسرهم.
٢. حث الطفل علي الإلتزام، الإعتماد علي النفس والنجاح.
٣. إستثارة النمو.
٤. بناء ودعم الكفاية الإجتماعية للأطفال.
٥. إمدادهم بخبرات الحياة العادية وإعدادهم لها.
٦. منع ظهور المشكلات المستقبلية الخاصة بالإعاقة.
٧. زيادة وعي الأسرة بالبرامج الإجتماعية الأخري.

(Mc William R.A., 1999, 22)

ويجب التأكيد علي أن مجهودات التدخل المبكر قامت علي أساس توجيه الأطر الخارجية في حياة الطفل وليس فقط الإهتمام بمعدلات الذكاء لديه.

(Baumeister & Bacharach, 1996, 79 : 104)

كما إعتمد التدخل المبكر علي الرعاية اليومية لهؤلاء الأطفال ومساعدتهم علـــي الإعتمـــاد علي النفس.

(Sheerer, 1992, 344 : 352)

ويتم تطبيق برامج التدخل المبكر علي الأطفال وفقاً للمظاهر السلوكية المميزة لكل مرض فعلي سبيل المثال هناك أمراض جينية مثل هشاشة كروموسوم (X) ومتلازمة داون وغيرها لها القدرة علي إظهار صور سلوكية مختلفة.

(Dykens & Kasari, 1997, 228 : 237)

فعالية التدخل المبكر مع الأطفال الداون:

هناك العديد من الأبحاث والدراسات التي تمت لمعرفة مدى فعالية التدخل المبكر مع الأطفال المصابين بمتلازمة داون، ففي بحث تعامل مع قضية التأثير بعيد المدى للتدخل المبكر لمعرفة مدى إختلاف الأطفال المقيدين في التدخل المبكر عن المشتركين في أنشطة التدخل المبكر من ناحية تأثيره ونتائجه عليهم، وجد البحث أن التدخل المبكر له مجهودات واضحة ومفيدة.

(Guralnick, 1993,366 : 378) (Guralnick, 1991, 174 : 183)

وفي معظم حالات متلازمة داون لا يكون المخ تالفاً ولكن الأعصاب التي تحمل المعلومات من خلية عصبية إلى أخرى تكون رديئة ولا تحمل الرسالة بالسرعة تعمل بها الأعصاب في الطفل العادي، وتكون هناك تشبكات عصبية كثيرة، وتكون الأجهزة الحسية هي الوسيلة لإلتقاط المعلومات من البيئة المحيطة. لهذا فالطفل الداون يحتاج إلى كثير من الإثارة والتنبيه خصوصاً في السنوات الأولى من العمر.

(نجوى عبد المجيد محمد، ١٩٩٩)

وتتأكد فعالية التدخل المبكر عند مقارنة النمو بين الأطفال المصابين بمتلازمة داون والأطفال العاديين الغير مصابين بالتخلف العقلي حيث تتشابة النتائج بينهم بعد تعرض الأطفال الداون للتدخل المبكر.

(Cichetti & Beeghly, 1990, 29: 62)

ويجب التأكيد على أهمية التركيز على تنمية المهارات الإدراكية ومهارات الإتصال في برامج التدخل المبكر للداون حيث وجدت دراسات عديدة أن الأطفال الداون لديهم قصور في الناحية الإدراكية ومهارات الإتصال أكثر من المهارات الشخصية والإجتماعية والسلوك التكيفي.

(Dykens, Hodapp & Evans, 1994, 580-587)

كما لاحظت دراسات أخرى عن النمو اللغوي للأطفال الداون وجود فـــروق فرديـــة فـــي إكتساب اللغة وتأخر في إكتساب عدد المفردات.
(Chapman, 1995, 641: 663)

ومع التقدم في العمر يصبح القصور في المهارات اللغوية أكثر وضوحاً حيث تؤكـد التقارير وجود تشابه في العلامات اللغوية المستخدمة في المفردات المبكرة للأطفال الـداون. لذلك توصي الدراسات بأهمية التركيز على أهمية تنمية المهارات اللغوية للأطفال الداون.
(Hopman & Nothnagle, 1994) (Miller, 1992, 39-50)

والبيانات المتعددة والمتنوعة المتاحة حالياً عن برامج التنبيه والتدخل المبكر التـــي تمدنـــا بالتعرف على البرامج التعليمية الخاصة بالأطفال الداون تؤكد على وجود تأثيرات إيجابيـــة للتدخل المبكر مع الأطفال الداون.
(Meisels, 1993, 361: 386) (Champion & Lawson, 1996, 112: 124)

<u>معوقات التدخل المبكر مع الأطفال الداون:</u>

١. عدم وعي الوالدين بالفروق الطفيفة بين الأطفال العاديين والأطفال الداون في مجالات النمو المختلفة.
٢. معظم إختبارات التقييم الخاصة بالطفولة خاصه بالأطفال الطبيعيين هذا إلى جانب نقص وسائل الفحص والإختبارات الخاصة بالأطفال المعوقين ذهنياً.
(Shonkoff, Hauser-Cram, Krauss & Upshur, 1992, 21: 22)
٣. تزايد عدد الأطفال التي تقدم لهم الخدمة.
٤. التركيز على أحد جوانب النمو فحسب بدلاً من النظرة الكليـــة لأولويـــات الأسرة وحاجات الطفل.
٥. نقص الأجهزة والمباني والموارد المالية.
٦. مشكلات تعود إلى حداثة فريق التدخل المبكر وقلة خـــبرة أعضائـــه فـــي هـــذا المجال.
٧. الظروف البيئية الفقيرة للأسرة وعدم تفهمهم قيمة وطريقة المشاركة والعمل في فريق.

(نجدة إبراهيم علي، يناير ٢٠٠٢، ٦٦)

الخدمات التعليمية والفرص المهنية المتاحة للداون:

أوضحت برامج التدخل المبكر ودور الحضانة وإستراتيجيات تعليم ذوي الإحتياجات الخاصة أن الأطفال صغار السن والمصابين بمتلازمة داون يمكنهم الإشتراك في الخبرات التعليمية التي تؤثر إيجابياً على وظيفتهم بصفة عامة. كما أن التدخل المبكر، إثراء البيئة ومساعدة الأسر سيؤثر على تقدمهم والذي لم يتحقق عادة للأطفال الذين لم ينالوا مثل هذا التعليم وهذه الخبرات. فالأطفال الداون مثل كل الأطفال بإمكانهم الإستفادة من التنشيط الحسي والتمارين المحددة التي تتضمن النمو والتقدم، الأنشطة الحركية الجيدة وتدعيم النمو الإدراكي.

وتلعب دور الحضانة في سن قبل المدرسة دوراً هاماً في حياة الطفل حيث أن إكتشاف البيئة البعيدة عن المنزل يمكن الطفل من الإشتراك في نمو المهارات التعليمية والجسمية بالإضافة إلى القدرات إجتماعية.

(www.Thearc.org, 1990)

ومن خلال تجربة تعليم الأطفال الداون بالمدارس العادية وكذلك الدور الحيوي للمعلم المساعد فإن وضع الطفل بالمدارس العادية وإحتواءه يهدف إلى:

- تنمية مهارات جديدة.
- تنمية الإعتماد على النفس في السلوك والتعليم.
- إعطاء الفرص لتكوين الصداقات.

(ترجمة المجموعة الإستشارية لنظم المعلومات والإدارة، ٢٠٠١، ١٢٢)

وخلال مرحلة الإدراك يجب توجيه الأطفال الصغار المصابين بمتلازمة داون . لتوجيه مهني من أجل تعلم عادات العمل وأن يشتركوا في علاقات ملائمة مع زملائهم في العمل وسوف ينتج عن الإستشارة المهنية الملائمة والتدريب على مهنة موظفين مفيدين وفي المقابل سيؤدي هذا للإحساس بأهمية النفس والإندماج في المجتمع.

(www.Thearc.org, 1990)

– أهمية العلاج الطبيعي في التدخل المبكر مع الأطفال الداون:–

الأطفال المصابين بمتلازمة داون سيتعلمون المشي والجري والقفز ولكن في وقت أطول من الأطفال العاديين، فالأطفال العاديين يمشون في حوالي سن ١٢ شهراً بينما الطفل

المصاب بمتلازمة داون يمشي في حوالي سن ٢٤ شهراً. والعلاج الطبيعي لن يسرع من معدل نمو الحركات الكبيرة للطفل الداون فسيزال متوسط معدل المشي له حوالي سن ٢٤ شهراً. ولكن العلاج الطبيعي من أهم الخدمات التي يجب أن يتلقاها الطفل المصاب بمتلازمة داون وسيتم شرح أسباب ذلك فيما يلي:-

هناك أربع عوامل سوف تؤثر علي نمو الحركات الكبيرة للطفل المصاب بمتلازمة داون وهي:-

١-نقص التوتر العضلي:- Hypotonia

يشير التوتر إلي جهد العضلة في حالة إرتياحها وكمية التوتر مسيطر عليها من قبل المخ. ويعني نقص التوتر العضلي أن التوتر ناقص والذي يمكن ملاحظته بسهولة شديدة في الأطفال الداون وهم في عمر الرضاعة، فعندما تلتقط طفل داون رضيع ستلاحظ أنه يبدو " مرن " أو مثل اللعبة المحشوة بالقماش، إذا وضعته علي ظهره ستتجه رأسه إلي الجانب وتتلاشي ذراعيه من جسمه وتستند إلي السطح وستسقط سيقانه مفتوحة. هذا الإرتخاء بسبب نقص التوتر العضلي. ويؤثر التوتر العضلي علي كل طفل مصاب بمتلازمة داون ولكن بدرجات مختلفة فبينما يكون التأثير معتدل في البعض يكون أكثر وضوحاً في البعض الآخر. فعلى الرغم من أن التوتر العضلي يضعف بعض الشيئ بمرور الوقت إلا أنه يبقى مستمراً في كافة أنحاء الحياه. فنقص التوتر العضلي سيجعل من الصعوبة تعلم بعض المهارات الحركية الإجمالية. فعلي سبيل المثال، نقص التوتر العضلي لعضلات المعدة سيجعل الأمر أكثر صعوبة بالنسبة لتعلم التوازن في الوقوف.

٢-الإرتخاء الرباطي:- Ligamentous Laxity

الأطفال الداون لديهم أيضاً زيادة في مرونة مفاصلهم وذلك لأن الأربطة التي تحمل العظام لها ليونة أكثر من عادية. والإرتخاء الرباطي ملحوظ جداً في أفخاذ الطفل الداون. عند وضع الطفل الداون علي ظهره فإن سيقان الرضيع تميل لأن تكون في وضع يكون فيه الفخذين والركبتين مثنيتين والركبيتين متباعدتين. ونلاحظ بأنه عند الوقوف تكون أقدامه منبسطة وليس بها تقوس. هذه المرونة المتزايدة تميل إلي جعل المفاصل أقل ثباتاً وبالتالي أكثر صعوبة في تعلم التوازن عليها.

٣- القوة المتناقصة:- *Decreased Strength*

الأطفال الداون لديهم نقص في القوة العضلية والتي يمكن أن تتحسن كثيراً من خلال التكرار والممارسة، وأهمية القوة المتزايدة للعضلة في أن الأطفال الداون يميلون إلي تعويض ضعفهم بإستعمال الحركات الأسهل علي المدي القريب إلا أنها ضارة علي المدي البعيد. فعلي سبيل المثال: قد يريد الطفل الوقوف إلا أنه بسبب الضعف في جزعه وسيقانه يمكن فقط أن يفعل ذلك إذا صلب ركبته.

٤- أذرع وأرجل قصيرة:- *Short arms and legs*

إن أذرع وأرجل الأطفال الداون قصيرة بالنسبة لطول الجذع. وقصر الأذرع هذا يجعل الأمر أكثر صعوبة بالنسبة لتعلم الجلوس حيث أنهم لا يستطيعون الإستناد علي أذرعهم ما لم يميلوا للأمام. كما أن قصر سيقانهم يجعل من الصعب عليهم تعلم التسلق حيث أن إرتفاع الأريكة أو الدرجات يمثل عقبة بالنسبة لهم.

مما سبق يتضح لنا أن العلاج الطبيعي لا يهدف للإسراع من النمو الحركي للطفل الداون، إنما يساعد الطفل علي تجنب النمو الحركي الغير طبيعي والحركات الغير متكافئة

والتي تكون شائعة في الأربع عوامل السابقة، هذه العوامل التي تسبب مشكلات وتشوهات في العظام في مرحلة البلوغ.

(Connolly, B.H., et al., 1993, 170: 181) (Patricia C. Winders, PT, 1999, 2: 4)
(Pitetti, et al., 1992, 13: 19)

<u>زواج الشاب الداون:-</u>

- رأي الطب:-

لا توجد فروق في وقت البلوغ وتتابع النضج الجنسي بين الأشخاص المصابين بمتلازمة داون والأشخاص الطبيعيين.

(Schwab, 1995, 230 : 237)

ويستطيع الشاب المصاب بمتلازمة داون أن يتزوج ويعيش حياة عادية مثل الإنسان الطبيعي فالشاب الداون إنسان طبيعي له حقوق جنسية ومن حقه أن يمارس حياته كالإنسان الطبيعي وأن يتزوج لأنه نصف سوي ولأنه قابل للتعلم والتدريب والتأهيل فبالتالي يستطيع أن يعي ما يفعله إلي حد ما لأنه أقرب إلي الإنسان الطبيعي، ولكنه لا يستطيع أن ينجب في معظم

الأحيان وذلك لأن هرمون الذكورة يكون أقل من الطبيعي في جسم (حاملي متلازمـة داون) فيؤدي ذلك بالتالي للعقم عند الرجال.

(نجوي عبد المجيد، ٢٠٠٠)

وبالرغم من ذلك فهناك حالتين من البالغين الرجال المصابين بمتلازمة داون أنجبوا أطفال.
(www.ds-health.com, 2002)

أما بالنسبة للبنت الداون فإنها تستطيع الزواج مثل أي سيدة طبيعية أخري وبإمكانها أيضاً الإنجاب بسهولة، أما إذا تزوج الشاب الداون من إنسانة طبيعية فمن الممكن أن ينجب أطفالاً طبيعيين بنسبة ٥٠%.

(نجوي عبد المجيد، ٢٠٠٠)

- رأي الديـــن:-

الزواج كما تقرره شريعة الإسلام يقوم علي أساس المودة والتراحم والألفـة بيـن الزوجين ورعاية كل منهما لصاحبه.وقيام كل واحد منهما بالوفاء بحقوق الطرف الآخـر. أوضحت هذه المعاني آيات القرآن المتعددة والأحاديث النبوية المتكـاثرة وأصبحت هـذه المعاني من القواعد شبه المعلومة في الدين بالضرورة، فإذا كان الأمر كذلـك فـإن زواج المعاق ذهنياً يتوقف علي مدي قدرته علي الوفاء بهذه المعاني وبتلك المقاصد وليـس مـن مانع إذا كان الطرف الآخر راضياً بذلك وموافقاً عليه ولقد إعتبر بعض أصحـاب الإمـام الشافعي في الكفاءة بين الزوجيـن " السلامة من العيوب المنفرة "، وقد روي أن عمر بـن الخطاب رضي الله عنه بعث رجلاً في مهمة وتزوج هذا الرجل من إمرأة فلما علـم عمـر وكان هذا الرجل عقيماً قال له " هل أعلمت الزوجة أنك عقيم ؟ قـال: لا، قـال: فـأنطلق فأعلمها ثم" خيرها" أي بين بقائها معه أو مفارقتها إياه.

ومعني هذا أن المرأة لا بد أن تكون علي وعي كامل بحال هذا الزوج قبل العقد فإن كانت في حالة الرشد وحسن التقدير للأمور ورضيت بذلك فلا حق لها في رفض الـزواج بعد تمام العقد وإذا لم تكن تعلم حال هذا الزوج قبل العقد ثم عرفت بذلك بعد تمام العقد فمن حقها أن تطلب فسخ العقد ويتحمل التبعات المالية لهذا العقد من قاموا بالتغرير بها.

كما أن الفقهاء فصلوا الأحكام بالنسبة لحدوث حال الإعاقة أو الجنون بعد الـــزواج وبينوا مدي ما يحق للمرأة من مطالب الإبقاء أو الفراق علماً بأن أقوالهم وأبحاثـــهم تــدور حول النظر إلي ما يحقق مقاصد الزواج من حسن المعاشرة ومن القدرة علي الوفاء بالحقوق وعدم الإقلال المستمر للطرف الآخر منها والبناء علي القـــاعدة الشــرعية لا ضــرر ولا ضرار.

(إسماعيل الدفتار، ٢٠٠٠)

الفصـــــل الثــــالـث

- دراســـــــات ســابقـــة

١-الدراسات العربية

٢-الدراسات الأجنبية

٣-دراسات عن برنامج بورتيدج

- تعقيب عام على الدراسات السابقة

- فروض الدراسة

١- الدراسات العربية:

حاولت بعض الدراسات تطبيق برنامج بورتيدج على الأطفال المصـــابين بمتلازمـــة داون ومن هذه الدراسات ما قام به **خالد حامد محمد** (١٩٩٧) بدراسة معدلات حدوث الطرز الشكلية المختلفة المصاحبة لمتلازمة داون ومدي تأثيرها على درجة إستجابة الأطفال الـــداون لبرامج التدخل المبكر وإيجاد علاقة بين الجهود الكهربائيـــة المســتحثة بصريـــاً والإصابـــة بمتلازمة داون، بلغت عينة الدراسة ١٠٠ حالة مصابة بمتلازمة داون تراوحـــت أعمـــارهم الزمنية ما بين ٦ أشهر إلي ٤,٥ عـــام وتضمنت الحالات ٥٧ حالة من الذكور و ٤٣ حالـــة من الإناث ومن تلك الحالات تم إختيار ٢٠ حالة إختياراً عشوائياً للمشاركة في برنامج تنبيـــه مبكر شامل من أجل تطوير قدراتهم البدنية والذهنية.

إستخدم الباحث الأدوات التالية:-

١- فحص إكلينيكي دقيق.

٢- دراسة شجرة العائلة.

٣- دراسة الكروموسومات.

٤- تحليل هرمونات الغدة الدرقية.

٥- إختبار ذكاء ستانفورد – بينيـــه.

٦- إختبـــار فـــايندلاند للنضـــج الإجتمـــاعي.

٧- أشعة تليفزيونية على القلب.

٨- برنامج تدريبي مقترح (بورتيدج للتربية الشاملة).

وتوصل الباحث إلي أن العيوب الخلقية لازالت ذات معدلات حـــدوث عاليـــة فـــي الأطفـــال المصابين بمتلازمة داون، كما توصل إلي وجود تحسن ملحوظ لجميع الأطفال المشاركين في البرنامج في قيم معاملي الذكاء والنضج الإجتماعي مقارنة بقيمهم قبل فترة التدريب.

ثم درست **شيرين صبحي صالح** (٢٠٠٢) فاعلية برنامج بورتاج للتنمية الشاملة للطفولـــة المبكرة لزيادة معدل النمو الإجتماعي لطفل ما قبل المدرسة وذلك علي عينة مـــن ٢٨ طفـــلاً وطفلة تتراوح أعمارهم بين ٤ – ٥ سنوات نصفهم ذكور ونصفهم إناث وإستخدمت الباحثـــة الأدوات التالية:-

١-مقياس فايندلاند للنضج الإجتماعي.

٢- إختبار رسم الرجل " لجو دانف – هاريس ".

٣- إستمارة تحديد المستوي الإقتصادي الإجتماعي للأسرة.

٤- برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج ".

وأثبتت الدراسة زيادة معدل النمو الإجتماعي للأطفال المشتركين في البرنامج.

٢- الدراسات الأجنبية:

بحث **ماهوني، وآخرون (Mahoney G. et al., 2001)** التدخل في المجال الحركي لأطفال مصابين بمتلازمة داون وأطفال آخرين مصابين بالشلل الدماغي وذلك من مدخلين هما علاج إختلال النمو ومهارات النمو.
تضمنت العينة ٥٠ طفل منهم ٢٧ طفل تم تشخيصهم بأن لديهم متلازمة داون و ٢٣ طفل لديهم شلل دماغي وكان العمر الزمني للأطفال ١٤ شهراً عند بداية الدراسة. تم فحص الوظيفة الحركية للأطفال عند دخولهم الدراسة وبعد عام من خدمات التدخل الحركي المبكر. وإستخدمت الدراسة مقاييس لما يلي:
١-قياس النمو العام للأطفال.
٢-قياس مُعدل النمو الحركي.
وأوضحت الدراسة أنه لم يحدث إسراع في النمو الحركي كما كنا نتوقع أو في إتقان الحركة على أساس النضج الذي حدث للأطفال نتيجة قلة عدد جلسات التدخل الحركي.

أما في دراسة **باليسانو، وآخرون (Palisano RJ. et al., 2001)** فقد هدفت الدراسة إلي تكوين منحني نمو أداء الحركة الكبيرة للأطفال المصابين بمتلازمة داون وتقدير إحتمالية تحصيل الوظائف الحركية على مدي المراحل العمرية المختلفة.
وقد تم أخذ العينة من أماكن تطبيق برامج التدخل المبكر وتكونت من ١٢١ طفل مصابين بمتلازمة داون في مرحلة عمريه بين شهر إلي ٦ سنوات.
وإستخدمت الدراسة المقاييس التالية:-
١-مقياس أداء الحركات الكبرى.
٢-مقياس شدة الإعاقة الحركية.
وتوصلت الدراسة إلي أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون يحتاجون وقت أطول لتعلم الحركات مثل الحركات المعقدة كما أن شدة الإعاقة أثرت على المعدل وليس على أداء الحركة الأعلى .

ثم درس **بيرجلوند، وآخرون(Berglund E. et al., 2001)** اللغة المنطوقة عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون مقارنة بمجموعة من الأطفال الطبيعيين وكانت إتجاهات النمو نحو الفروق الفردية وطريقة أداء الكلمات والمهارات العملية للنحو على عينة من ٣٣٠ من الأطفال المصابين بمتلازمة داون في المرحلة العمرية بين ١ - ٥ سنوات، ٣٣٦ من

الأطفال الطبيعيين في المرحلة العمرية بين ١,٤ – ٢,٤ سنوات. وإستخدمت الدراسة مقاييس عبارة عن قوائم للكلمات والجمل لمعرفة النمو المبكر للتواصل وتم ملئ هذه القوائم وعمل المقارنة.
وبينت الدراسة أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون لديهم تأخر طفيف في المهارات العملية للنحو وحدث تقدم مبكر في النمو بطريقة منطقية ويرجع ذلك للجهد الكبير للتدخل المبكر.

ثم حاول يولرتيش (Ulrich DA, Ulrich BD. 2001) إثبات أن التمرين على المشي يقلل من تأخر المشي طبيعياً عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون. أجريت الدراسة على الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتعلمون المشي متأخرين عن الأطفال الطبيعيين بمقدار سنة واحدة.
تكونت عينة الدراسة من ٣٠ من الأطفال المصابين بمتلازمة داون تم إختيارهم بطريقة عشوائية وجميع الأطفال المشتركين في الدراسة إنضموا إليها عندما كانوا يستطيعون الجلوس لمدة ٣٠ ثانية بمفردهم وكانوا يتلقون جلسات علاج طبيعي كل أسبوع على الأقل بالإضافة إلي أنهم كانوا يتمرنون على المشي خمسة أيام في الأسبوع لمدة ٨ دقائق يومياً في بيوتهم كما تم تدريب الوالدين على مساعدة أطفالهم على التدريب على المشي وكل أسبوعين يذهب فريق البحث إلي بيوت الأطفال لفحصهم ومعرفة مدي تقدمهم.
توصلت النتائج إلي أن المجموعة التي أجريت عليها التجارب تعلمت المشي مع بعض المساعدة والمشي بمفردهم في ٧٣,٨ يوماً و ١٠١ يوماً أسرع من المجموعة الضابطة نسبياً.

أما هوسر – كرام وآخرون (Hauser – Cramp. et al., 2001) فقد حاول التعرف على نتائج التدخل المبكر في تطوير المهارات الإدراكيه والإجتماعية واليومية لدي الأطفال المتأخرين عقلياً وتأثير مساعدة الآباء والأمهات في برنامج التدخل المبكر.
تكونت عينة الدراسة من ١٨٣ طفلاً مصابين بمتلازمة داون ولديهم إعاقة حركية وتأخر في النمو وإشتركت عائلاتهم في برنامج التدخل المبكر تضمنت أدوات الدراسة:-

١-برنامج التدخل المبكر.
٢-إستمارة بيانات الطفل.
٣-زيارات منزلية.

٤-تقييم الطفل.

٥-إستفتاء للأباء والأمهات كل علي حدي.

أنبأت النتائج عن حدوث تطور في الناحية الإدراكية والمهارات الإجتماعية والمهارات اليومية للأطفال المصابين بمتلازمة داون بعد البرنامج كما وجدت علاقة بين مساعدات الآباء والتغير في نتائج الطفل وأن علاقة الأسرة ببعضها غيرت في سلوك الطفل ومهاراته الإجتماعية.

ثم بحث وانج (Wang WY, JU YH 2002) التغيرات في مهارة التوازن وأداء مهارة القفز كمياً ونوعياً. تكونت عينة الدراسة من ٢٠ طفل مصابين بمتلازمة داون في المرحلة العمرية من ٣ إلي ٦ سنوات تم تدريبهم على مهارة القفز، ٣٠ طفل مثلهم في سن ٣ إلي ٦ سنوات كمجموعة مقارنة.

وقبل التدريب على مهارة القفز تم إعطائهم إختبار قبلي لقياس مهارتي الإتزان والقفز والذي يعتمد على إتقان الحركة وإبداع مهارة حركية علي التوالي. تم تدريب الأطفال المصابين بمتلازمة داون علي القفز بواقع ثلاثة جلسات لكل أسبوع ولمدة ستة أسابيع ولم يتم تدريب أطفال المجموعة المقارنة علي ذلك. ثم تم إعطاء الأطفال إختبار بعدي لكل المهارات. تم تحليل التباين والإختلافات في الدرجات للإختبار القبلي و البعدي للمشي على الأرض، المشي بمساعدة، والقفز رأسياً وعمودياً.

وبينت الدراسة أن هذه الموضوعات أظهر فيها الأطفال المصابين بمتلازمة داون دلالة أكبر من أطفال المجموعة المقارنة.

٣- دراسات عن برنامج بورتيدج:

حاولت بعض الدراسات عمل تطبيقات عملية لبرنامج بورتيدج من. هذه الدراسات ما قام به (Glossop C (1989 حيث قام بتحديد نموذج بورتيدج ومنافعه للعائلات وتطبيق النموذج على طفلين في سن ٤ سنوات يعانون من إضطرابات في السلوك في حالة الدراسة. بالنسبة للطفلة الأولى نجحت الأم في التكيف مع المشكلات السلوكية لأبنتها وتحسين العلاقة بينهما أما الطفل الثاني فقد تم حل مشكلات الطعام.

أكدت النتائج على منافع إستخدام برنامج سلوك لتنمية مهارات الآباء.

كما بحث (Wilson B (1985 إستخدام برنامج بورتيدج للمرضي النفسيين حيث أكد أنه

مفيد لمن يعانون من أمراض نفسية أو خلل بالمخ.

أما دراسة Clenents JC, Others (1982) فقد حاولت وصف تأثير تدريب فريق العمل في روضة الأطفال على إستخدام برنامج بورتيدج مع الأطفال المعوقين وبينت النتائج أن فريق العمل برع في إستخدام الأساليب الخاصة بالبرنامج.
(www.ncbi.nlm.nih.gov:80, 2003)

وقد تم إجراء مسح كبير لخدمات بورتيدج في إنجلترا فيما بين ١٩٩١ – ١٩٩٢ ، وتم تلقي النتائج من ١٤٧ خدمة كانت تفي بالمعايير التي حددت بواسطة جمعية بورتيدج الوطنية وقدمت هذه الخدمات لحوالي ٤٠٠٠ أسرة أي متوسط ٢٦ أسرة لكل خدمة وهذا التقرير كشف عن قائمة إنتظار لـ ١٩٩٠ أسرة.

كما تم تطبيق عدد من التقييمات القومية لخدمة بورتيدج في إنجلترا منها المعاينة العميقة في قسم التربية عام ١٩٩٠ وإحتوت الدراسة على فحص لـ ١٣ عينة عشوائية من خدمات بورتيدج في إنجلترا وكانت أهم نتائج الفريق البحثي كالآتي:-

١-التدريس والتعلم النظامي الفعال كان يتم بشكل جيد.
٢-تم جمع النتائج والآراء التي عبر عنها أولياء الأمور ومدرسي المنازل والمتخصصين المشاركون في المشروع والتي تشير إلي أن معظم الأطفال المعنيين حققوا تقدماً سريعاً.
٣-الزيارات المنزلية المنتظمة التي تشمل الوالدين من خلفيات إجتماعية وثقافية مختلفة كانت أقوى سمة في المشروع.

(شيرين صبحي صالح، ٢٠٠٢، ص ٨٩ : ٩٠)

وفي نفس الإطار قامت **نجوى عبد المجيد وآخرون (١٩٩٩)** بعمل بحث لمدة عام لتقييم الأطفال المرضى بمتلازمة داون الذين شاركوا في برنامج التدخل المبكر في مصر. تكونت عينة الدراسة من ٣٠ طفلاً مصابين بمتلازمة داون تراوحت أعمارهم بين ١-٤ أعوام. وإستخدمت الدراسة الأدوات التالية:

١-دراسة شجرة العائلة.
٢-دراسة الكروموسومات.
٣-فحص إكلينيكي دقيق.

٤-برنامج بورتيدج للتربية الشاملة.
٥-إختبار فايندلاند للنضج الإجتماعي.
وأثبتت النتائج أن التدخل المبكر أدى إلى تحسن الأطفال المندرجين في البرنامج وإن كان هناك بعض التأخر عند مقارنتهم بالأطفال الطبيعيين ولم يكن هناك أدنى فرق في الجنس أو نوع الإختلال في الكروموسومات.

<u>تعقيب عام على الدراسات السابقة:</u>

من خلال عرض الدراسات السابقة يتضح لنا ما يلي:

١-يلاحظ قلة عدد الدراسات العربية والأجنبية بالنسبة لبرامج التدخل المبكر للأطفال المصابين بمتلازمة داون لذلك كانت الحاجة ملحة لمزيد من الدراسات للتعرف على أهمية برامج التدخل المبكر ومدى فعاليتها.

٢-الجديد في الدراسة الحالية أنها أهتمت بالمرحلة العمرية المبكرة والتي لم تتطرق إليها الدراسات السابقة حيث أكدت الأبحاث على أهمية تلك المرحلة في تنمية مهارات النمو وتحسين القدرات المختلفة للطفل.

٣-معظم الدراسات السابقة أهتمت بمدى تأثير المرض ومظاهره على درجة إستجابة الأطفال الداون لبرامج التدخل المبكر أى أنها أهتمت بالمرض وتأثيره على الطفل ولم تهتم الإهتمام الكافي بأثر برامج التدخل المبكر في تنمية مجالات النمو المختلفة لهؤلاء الأطفال وهذا ما أهتمت به الدراسة الحالية وأكدت نتائجه عليها.

٤-بالنسبة للدراسات الخاصة ببرنامج بورتيدج مازالت الحاجة ماسة لمزيد من الدراسات على الأطفال في المراحل العمرية المختلفة آخذين في الإعتبار خصائص البيئة المصرية.

٥-أكدت معظم الدراسات على التأثير الإيجابي لمساعدة الآباء والأمهات في برامج التدخل المبكر وأهمية التعاون الأسري لتغيير سلوك الطفل.

٦-العلاقة الطردية بين درجة الإعاقة ومعدل إكتساب مهارات النمو المختلفة فكلما زادت شدة الإعاقة إحتاج الطفل لوقت أطول ومجهود أكبر في إكتساب المهارات المختلفة.

٧-أدت زيادة جلسات التدخل المبكر إلى التحسن في مجالات النمو وإتقان المهارات المختلفة.

٨-التدخل المبكر أدى إلى تحسن قيم معامل الذكاء للأطفال عند مقارنتها بقيمهم قبل البدء في تطبيق برنامج التدخل المبكر بالرغم من وجود بعض التأخر عند مقارنة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بالأطفال الطبيعيين.

<u>فروض الدراسة:</u>

في ضوء مشكلة الدراسة والإطار النظري لها وما أسفرت عنه نتائج البحوث السابقة تسعى الدراسة الحالية إلى التحقق من صحة الفروض التالية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في مجالات النمو المختلفة لصالح التطبيق البعدي.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مجالات النمو المختلفة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مجالات النمو المختلفة للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في معدلات النضج الإجتماعي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

الفصل الرابع:

منهج الدراسة

- مقدمة
- منهج الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- التطبيق الميداني على عينة الدراسة
- حدود الدراسة
- الأساليب الإحصائية المستخدمة

منهج الدراسة

مقدمة:-

تتناول الباحثة في هذا الفصل عرض:- عينة الدراسة ومواصفتها، وكيفية إختيارهـا، الأدوات المستخدمة في الدراسة، ثم مناقشة إجراءات الدراسة وخطواتها والأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة البيانات.

أولاً: منهج الدراسة:-

إستخدمت الباحثة المنهج التجريبي والذي يهدف إلي إختيار علاقات العلة والمعلـول حتى يصل إلي أساليب الظواهر وهو الطريقة الوحيدة لإختيار الفروض حول العلاقات السببية بشكل مباشر وذلك عن طريق التحكم في جميع العوامل والمتغيرات بإستثناء عامل واحد عـن طريق تدخل الباحث في إحداث تغيير.

ثانياً: عينة الدراسة:-

تم إختيار عينة الدراسة من المترددين على قسم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصـة بالمركز القومي للبحوث والذي تم إنشاؤه في مايو ٢٠٠٢ ويقوم هذا القسم بعمل الفحوصـات والتحاليل الطبية الخاصة بالأمراض الوراثية والأطفال ذوي الإحتياجـات الخاصـة بفئاتـها المختلفة لتشخيص وعلاج هذه الحالات وتقديم الإستشارة الوراثية لها كما يقوم القسيم بعمـل إختبارات الذكاء وجلسات التنبيه الذهني لتلك الحالات، كما يقدم القسم خدمة التحاليل الخاصـة للمقبلين على الزواج للحد من الأمراض الوراثية. وللقسم هدف أساسي وهو البحـث العلمـي حيث يقوم بعمل أبحاث ودراسات خاصة بالأمراض الوراثية للإستفادة من نتائجها.

تم إختيار العينة بطريقة عشوائية وتقسيمها إلي مجموعتين (المجموعة التجريبية – المجموعة الضابطة). إشتملت المجموعة التجريبية على ٥٠ طفلاً وطفلـة مقسـمين إلـي مجموعتيـن متساويتين من الذكور والإناث كما تكونت المجموعة الضابطة من ٤٠ طفلاً وطفلة مقسـمين إلي مجموعتين متساويتين من الذكور والإناث.

وجدول رقم ٤ / ١ يوضح توزيع أفراد العينة طبقاً للمجموعتين التجريبية والضابطة وعينـة الذكور والإناث والمجموع الكلي.

جدول رقم ٤ / ١ يوضح توزيع أفراد العينة طبقاً للمجموعتين التجريبية والضابطة وعينة الذكور والإناث والمجموع الكلي.

المجموعة / الجنس	التجريبية	الضابطة	النسبة المئوية
ذكور	٢٥	٢٠	%٥٠
إناث	٢٥	٢٠	%٥٠
المجموع	٥٠	٤٠	%١٠٠

وقد تراوحت أعمار المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بين (١) شهر إلي (٤٨) شهر وتراوح معدل النضج الإجتماعي للمجموعتين بين (٤٥ – ٧٠).

والجدول رقم ٤ / ٢ يوضح توزيع أفراد العينة طبقاً للمجموعتين والعمر الزمني لهما ومعدل النضج الإجتماعي.

الجدول رقم ٤ / ٢ يوضح توزيع أفراد العينة طبقاً للمجموعتين والعمر الزمني لهما ومعدل النضج الإجتماعي.

العمر الزمني / المجموعة	العمر الزمني بالشهور	معدل النضج الإجتماعي
التجريبية	١ – ٤٨	٤٥ – ٧٠
الضابطة	١ – ٤٨	٤٥ – ٧٠

ثالثاً: أدوات الدراسة:–

تضمنت الأدوات المستخدمة في ما يلي:–

١.برنامج بورتيدج للتربية المبكرة، ١٩٩٣ – مولي وايت وروبرت ج. كاميرون، ترجمة سهام عبد السلام.

٢.مقياس النضج الإجتماعي– فاينلاند، ١٩٥٣، ترجمة فاروق صادق.

٣. مقياس المستوي الإجتماعي الإقتصادي- إعداد عبد السلام عبد الغفار وإبراهيم قشقوش ١٩٧٨ عبد العزيز الشخص ١٩٨٨.

٤. إستمارة التقييم – إعداد الباحثة.

وسوف تقوم الباحثة فيما يلي بإستعراض كل أداه من أدوات الدراسة من حيث (الهدف منها – وصفها – تعليماتها – طريقة تصحيحها – صدقها وثباتها).

١- برنامج بورتيدج للتربية المبكرة:

"مولي وايت، وروبرت.ج. كاميرون، ١٩٩٣ ترجمة سهام عبد السلام" – (الطبعة المعربة التجريبية، ١٩٩٣)

يهدف برنامج بورتيدج للتربية المبكرة إلى التنمية الشاملة التي تصل بالأفراد إلى أقصي درجات النمو بما يحققه من نمو الرضيع والتنشئة الإجتماعية والنمو اللغوي والمعرفي والنمو الحركي والرعاية الذاتية.

ويتكون البرنامج من قائمة المراجعة وبطاقات الأنشطة ولوحة الأنشطة وسوف تستعرض الباحثة الأدوات السابقة فيما يلي:-

أ – قائمة المراجعة:-

تتكون قائمة المراجعة من صفحة الغلاف ويسجل بها اسم الطفل وتاريخ ميلاده والقائم بالتدريب (الزائرة المنزلية) والمسئول عن تنفيذ البرنامج.

ثم تأتي بعد صفحة الغلاف عدة صفحات مسجل بها مهارات النمو المختلفة وتشتمل كل صفحة في قائمة المراجعة على أساس الأعمدة ويشتمل كل عمود على ما يلي:-

العمود الأول:-

هو مستوى العمر ويمثل ذلك مستويات العمر لكل ١٢ شهر والتي تحدد السلوكيات التي يكتسبها الطفل الطبيعي خلالها.

العمود الثاني:-

هو رقم كل أداء والذي يرتبط بالرقم المقابل له في البطاقة الخاصة في ملف بطاقات الأنشطة.

العمود الثالث:-

هو قائمة من السلوكيات يجب أن ننظر إليها بشكل عام من حيث مضمونها وليس بحرفية صياغتها في الفقرة، هذا إذا أردنا أن نفهم المهارة الفعلية التي نرغب في تقييمها.

العمود الرابع:-

ويحمل عنوان "مدخل السلوك" وهو الموضع الذي يحدد العناصر التي يقدر الطفل علي أدائها وتلك التي يعجز عن أدائها عند بدء البرنامج وكلما تقدم الطفل في أدائه أثناء البرنامج على عناصر قائمة المراجعة تضاف فقرات تشير إلى القدرات الجديدة.

العمود الخامس:-

هو عمود "تاريخ الإنجاز" للإشارة إلى التاريخ الذي لاحظت أنت أو الوالد نجاح الطفل في أداء هذا العنصر ويوجد خانات لتسجيل الشهر واليوم والسنة.

العمود السادس:-

وهو عمود التعليقات ويستخدم مساحة مفيدة لتسجيل ما تلاحظه أنت أو الوالدان عن قدرة الطفل على أداء السلوك. فمثلاً قد ترى أن الطفل يؤدي جانباً من السلوك لكنه لا يؤديه بشكل كامل، في هذه الحالة قد تكتب في عامود الملاحظات (مبتدئ) أمام هذه الفقرة أو العنصر بالذات لتذكيرك أن الطفل يمكن أن يكتسب هذه المهارة بقليل من التدريب.

(دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، إرشادات الإستخدام، ١٩٩٩، ١٨ : ١٩)

كيفية إستخدام قائمة المراجعة:-

يجب إستخدام القائمة بملاحظة الطفل في الأحوال العادية والتي قد تكون في المنزل أو أثناء الرعاية الأسرية اليومية أو في البرامج المنفذة في المراكز أو الملاحظة في أكثر من مجال ومن المهم مراعاة كل البيئات التي يتفاعل معها عن طريق الأحاديث غير الرسمية مع الوالدين للتوصل إلي صورة دقيقة عن النمو. هذه الملاحظات في إرتباطها مع ملاحظات الوالدين والأحاديث غير الرسمية (الودية) سوف تساعد الزائرة المنزلية والوالدين على مزيد من الفهم لحالة الطفل النمائية ومن المستحسن عادة أن نبدأ بمستوي عمري أقل مع إستعراض سريع للعناصر عن أن نتجاهل بعض العناصر التي تمثل مستويات أقل ولكنها أساسية في تنمية الطفل لمهارات ذات مستوي أعلى. وأثناء ملاحظة الزائرة المنزلية والوالدين للطفل واللعب معه، يمكنها الإهتمام بإعطائه الفرصة لإظهار سلوكياته ومهاراته ويمكن إستخدام العلامات التالية في خانة " السلوك المبدئ " والتي تشير إلي ما إذا كان الطفل قد أدي هذا السلوك أم لم يؤده.

? = يمكنه ان يؤدي العنصر بصورة متكاملة أو مستقرة (دائماً).

X = لا يمكن أن يؤدي العنصر بصورة متكاملة أو مستقرة.

؟ = لم تتضح قدرة الطفل على أداء العنصر أو الفقرة.

ويمكن وضع هذه العلامات أثناء ملاحظة الطفل أو مشاركته اللعب إذا كانت الظروف تسمح وقد يمكن إجراء ذلك أثناء الزيارة المنزلية وعندما يدور الحديث بين الزائرة والوالدين. ومن المهم ألا تضع علامة (?) أمام عنصر في القائمة ما لم يكن الوالدان والزائرة المنزلية متأكدين تماماً أن الطفل قد أنجزها ومن المستحسن أن تضع علامة (X) أمام الفقرة ثم تعطي الطفل فرصاً أخري للتدريب إذا لم تكن متأكداً من تمام قدرته على أدائها.

ويمكن تنظيم البيئة المحيطة غالباً وذلك للمساعدة على مشاركة الطفل في الأنشطة التي تسمح لك بملاحظة عدد من فقرات القائمة. وأثناء ملاحظة الطفل والتحدث مع الوالدان يمكنك أنت والوالدين إستكمال ملئ عامود القائمة المسمي بالسلوك المبدئي وإضافة أي ملاحظات وربما تبدأ بملاحظة أوجه الشبه بين الفقرات حسب العلامات التي وضعتها أمامها والتي تحدد في مجموعها مستوي أداء الطفل في الوقت الراهن.

ولتحديد خط قاعدي في كل مجال نمائي (بمعني مكان البداية عند إختيار الفقرات التي تركز عليها) ستحاول أن تحدد صفاً من ٧ – ١٠ فقرات يمكن للطفل أداءها هذه هي الفقرات التي وضع أمامها علامة (?) فإذا لم تستطيع تحديد هذا العدد في صف تبدأ منه وذلك في حالة البدء بمستوي ينقص عاماً أو عامين عن العمر الزمني فقم بالتراجع في عناصر القائمة حتى تجد ما بين ٧ – ١٠ عناصر حصل الطفل فيها على علامة (?) والسبب في ذلك هو أنك تريد التأكد من البدء بمستوي ينجح الطفل فيه ولا تبدأ بمستوي يكون صعباً عليه يؤدي إلي إحباطه ونظراً لإن القائمة مرتبة نمائياً فبعد أن تجد أساساً متيناً للنجاح في الفقرات (الخط القاعدي) فيمكن إفتراض أن الطفل يستطيع أن يؤدي كل الفقرات التي تحت هذا الخط.

إستمر بعد ذلك في ملاحظة الطفل ووضع علاماتك حتي تجد ٧ – ١٠ فقرات في صف واحد لا يستطيع الطفل أداءها أي يشار أمامها جميعاً بعلامة (X). يسمي ذلك بالسقف ويعني به أن الطفل يبدأ في الوصول إلي أقصي ما يمكن أن يفعله في هذا القسم وأنك لا تحتاج إلي التقدم في العناصر إلي أبعد من ذلك ومن المنطقي أن تفترض أن الطفل لا يمكن أن يؤدي العناصر الأعلي من ذلك السقف.

(دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، إرشادات الإستخدام، ١٩٩٩، ٩ : ٢١)

إقتراحات عامة للإستخدام:-

ضع في إعتبارك عدة نقاط عند تنفيذ هذا الإجراء.

- أنظر إلي فقرات القائمة أو عناصرها بمعناها الواسع لفهم المهارة الفعلية التي لدي الطفل.

- تذكر أن هذه القائمة ليست إختباراً مقنناً، وهي ليست جازمة للدرجة التي نقول فيها إن العلامة على الفقرة تصل إلي ١٠٠% من الدقة، فإذا وضعت علامة تشير إلي أن الطفل أنجز فقرة معينة، ثم إتضح لك أنه لم ينجزها فإنك تستطيع إتاحة الفرصة للطفل كي يتدرب عليها.

- إذا وضعت علامة إستفهام ؟ فحاول أن تتريث لفترة قصيرة كي تلاحظ الطفل مرة أخري بحيث تضع إما علامة (?) أو (X).

- الوالدان مصدران هامان للمعلومات عما يمكن للطفل أن يعمله، وتساعد الحوارات الودية (غير الرسمية) مع الوالدين، وملاحظة الطفل مع والديه في فهم الوضع النمائي لهذا الطفل بطريقة أفضل.

- تتطلب قائمة المراجعة في العادة إلي ما بين ٤ – ٦ أسابيع حتي يتم تحديد عدد كاف من الفقرات يمثل الخط القاعدي والسقف في كافة مجالات النمو وهذا التقييم هو مجرد جزء مما يتم خلال الزيارة المنزلية فسوف تنشغل أنت والوالدان في أنشطة أخري تبدأ غالباً بالعمل في العناصر المستهدفة مع الطفل قبل إستكمال القائمة.

- يجب أن يستند إتخاذ القرار في تحديد ما هي العناصر التي يتم التركيز على إكتسابها أولاً على تفضيلات الوالدين، وعلى وظيفة العنصر أو المهارة في حياة الطفل، وعلى أي العناصر التي لديه فعلياً، وأيها يعتبر الأساس لمهارات أخري على الطفل تنميتها مستقبلاً.

- إستخدم عامود " تاريخ الإنجاز " لتحديد متي يكتسب الطفل المهارة كلما إستمر العمل في تقييم مهارات جديدة.

- قائمة المراجعة لا تشمل كل سلوك يمكن للطفل إكتسابه بين الميلاد وعمر الست سنوات، ويمكن للوالد أو الزائرة المنزلية أن يقترح سلوكيات أخري ليست في القائمة، هذه السلوكيات يجب أن ترتبط بالخطة الفردية للطفل والأسرة.

(دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، إرشادات الإستخدام، ١٩٩٩، ٢١ : ٢٢)

ب- بطاقات الأنشطة:-

بعد أن يحدد الوالدان والزائرة المنزلية السلوكيات أو المهارات المطلـــوب التركـيز عليها عند الطفل، يمكن أن تكون بطاقات الأنشطة مصدراً لكيفية دعم نمو سلوك الطفل لقد تم ترقيم البطاقات وتمييزها بألوان مختلفة تقابل العناصر الواردة بالقائمة، فيرتبط رقم السلوك في عمود " بطاقة " بقائمة المراجعة مع رقم البطاقة المقابلة، فعلى سبيل المثال، إذا قررتم أنـــت والوالدان العمل مع الطفل في النمو الحركي ٣، يمكنك أن تختار البطاقات ذات اللون الـــذي يتطابق مع اللون في القائمة وتبحث عن البطاقة رقم ٣.

إذا نظرت إلي كل بطاقة فسوف تجد أن مستوي العمر يذكر مرة أخري بالإضافة إلي تعريف مختصر للسلوك أو المهارة (الأداء)، بعد ذلك ترد أفكار متنوعة لمساعدة الطفل علـــى تطوير المهارة، هذه الأفكار هي مجرد إقتراحات وتهدف إلي المعاونة كنقطة بدء للمناقشة بين الزائرة المنزلية والوالدين، يجب أن تكون الأفكار خاصة بفرد في ذاته وذلك لدعـــم الثقافـــة والتفرد لكل أسرة تعمل معها ويشمل ذلك أولويتها، مصادرها، إهتمامتها وأسلوب حياتها.

تقدم العديد من البطاقات إقتراحات بالأهداف التفصيلية التي تقوم عليـــها تحليـل المـــهام للمهارات أي تجزأتها إلي خطوات صغيرة كي يصبح من الأسهل على الطفـــل القيـــام بـــها لإكتساب المهارة في النهاية ويعتمد عدد الخطوات التي يحتاجها الطفل على مـــدي صعوبـــة العمل وعلى القدرات والمهارات المتوفرة لديه، وهناك ثلاثة طرق أساسية لتجزئة الأنشـــطة بهدف تشجيع الطفل على النجاح:

١- يمكن أن تغير مستوي صعوبة المهمة لجعلها أسهل أو أصعب.

٢- يمكن أن تغير أو تعدل المواد المستخدمة في المهمة.

٣- يمكنك أن تغير نوع أو مقدار المعاونة التي يقدمها الكبار.

(دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، إرشادات الإستخدام، ١٩٩٩، ٢٢ : ٢٣)

ج- لوحة النشاط:-

توفر لوحة النشاط لبرنامج بورتيدج أسلوب تسجيل يبين إستجابة الطفل أثناء الممارسة اليومية للنشاط التعليمي.

وتعتمد على تقسيم الأهداف بعيدة المدى إلى عدد من الخطوات المبسطة التي يمكن أن تتحقق من خلالها بصورة تعليمية.

وتحتوي لوحة النشاط على:

الهدف التعليمي:

ويحقق الهدف التعليمي المهارة المطلوبة خلال أسبوع واحد ويحدد بدقه ما إذا كان الطفل سيستطيع القيام به بعد ممارسة النشاط كل يوم في هذا الأسبوع، ولا يصف الهدف التعليمي نشاط بل يصف النتيجة النهائية.

معدل النجاح:

يبين معدل النجاح الذي نتوقع أن يحققه الطفل بعد أسبوع من الممارسة.

التعليمات:

وتشتمل على:

المواد: نذكر فيما المواد والألعاب المستخدمة.

التقديم أو العرض: ويكتب ما يتم عمله مع الطفل أثناء ممارسة النشاط وتحديد كيفية جذب إنتباه الطفل وكيفية عرضه للمواد أو للحوافز وكيف تعطي التعليمات المناسبة للنشاط.

كيفية التسجيل:

توفر لوحة نشاط بورتيدج أسلوب تسجيل بسيط يبين إستجابة الطفل أثناء الممارسة اليومية للنشاط التعليمي ويستخدم عادة إشارتين لتحديد الإستجابه.

١-علامة صح تبين نجاح الطفل في تنفيذ السلوك المطلوب في الهدف التعليمي.

٢-علامة خطأ تبين حاجة الطفل للمساعدة في تنفيذ السلوك المطلوب في الهدف التعليمي.

(دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، إرشادات الإستخدام ، ١٩٩٩، ٢٢: ٢٨)

<u>٢- مقياس النضج الإجتماعي فاينلاند:</u>

إعداد دول (Doll) ترجمة د. فاروق صادق – (شيرين صبحي صالح، ٢٠٠٢)

أ- وصف المقياس:

قام أدوجار دول E. D. Doll بنشر مقياسه في النضج الإجتماعي عام ١٩٣٦ وقد أسماه فاينلاند نسبة إلي مدرسة فاينلاند لتأهيل المعوقين في الولايات المتحدة الأمريكية وقام بترجمته وتطبيقه في مصر " فاروق صادق " سنة ١٩٥٣.

ويتكون مقياس فاينلاند للنضج الإجتماعي، من (١١٧) بند تغطي الأنشطة الإجتماعية للطفل الذي يقوم به بوصفه عادة خلال حياته اليومية، تتراوح هذه الأنشطة في مدي كبير

فهناك أنشطة تظهر عادة في السنة الأولي مثل ضحك الطفل، ومناغاته وتمتد لتصل إلـــي مستوي الرشد المتفوق مثل المسئولية الإجتماعية والعمل في ســـبيل المجتمـــع والخدمـــة العامة.

(بطرس حافظ بطرس، ١٩٩٣، ٤٧ : ٥٠)

وتتدرج بنود المقياس من مستوي الصعوبة، وتتكون بنود المقياس من ثمانية جوانـــب رئيسية للنضج الإجتماعي هي:

١-الإعتماد على النفس بوجه عام.

Self – Help General (s – h – G)

٢-الإعتماد على النفس في الطعام والشراب.

Self – help pressing (s h g)

٣-الإعتماد على النفس في الطعام والملبس.

Self – help eating (s h g)

٤-الإتصال.

Communication (C)

٥-توجيه النفس.

Self – direction (c d)

٦-التحرك والتنقل.

Locomotion

٧-التطبيع الإجتماعي.

Socialization (s)

٨-المهنة.

Occupation (o)

والهدف الأساسي للمقياس هو درجة مقدرة الشخص على التفوق والنمـــو وإخضـــاع البيئة لإستجابة طلباته مع إعطاء نفسه قدراً أوفى من الحرية في محيطه كلمـــا إزداد عمـــره وهذه هي أوضح دلائل نمو المسئولية الإجتماعية.

ويغلب على أسئلة المقياس في السن المبكرة العناية بالنفس، وفي سن الرشـــد تغلـــب أسئلة توجيه الذات والمهنة والتطبيع الإجتماعي.

(شيرين صبحي، ٢٠٠٢، ١٠٦)

ويقيس الإختبار الإرتقاء منذ الميلاد وحتى سن الخامسة والعشرين، ويناظر كل بند من بنود الإختبار مستوي إرتقائي في مرحلة عمريه معينة محسوباً بالشهور، ومجموع الشهور على الإختبار يساوي العمر الإجتماعي للطفل.

كما يتم إستخراج الدرجة أيضاً لكل من مجالات السلوك الثمانية التي يتم قياسها وتبدأ الإختبارات من سن صفر (الميلاد) حتى سن ٢٥ سنة، وينقسم الإختبار من صفر حتى ١٢ سنة إلي فترات واحدة منها " سنة واحدة " ، وينقسم من سن ١٢ سنة إلي سن ١٨ سنة إلي فترات كل واحدة منها " ٣ سنوات وينقسم المقياس من سن ١٨ حتى سن ٢٠ سنة إلي فترة واحدة " سنتين " ومن سن ٢٠ سنة حتى سن ٢٥ سنة إلي فترة واحدة بـ" ٥ سنوات ".

وقد قام بإستخدام هذا المقياس في مصر " عبد الرقيب إبراهيم " ١٩٧٨ " جوزال عبد الرحيم " ١٩٨١ و" نهي اللحامي " ١٩٨١ و " محمد نعيمه " ١٩٨٤، وأسماء السرسي " ١٩٨٤، " فوزية النجاحي " ١٩٨٥، ومرفت النونو ١٩٩٠ ".

ب- تقدير درجات المقياس:

١- يعطي الطفل (+١) عندما يقوم المفحوص بأساسيات المهارة بصفة مستمرة للحكم على الأداء بأنه (عادة) أو كان يؤديها بالفعل قبل موقف الإختبار، أو يؤديها إذا أزيلت الحوائل التي توجد في المواقف إلي عدم، أو لعدم توفر فرصة أدائها في المحيط الذي يعيش فيه كإهمال الوالدين وذلك في حالة عدم وجود أية عاهه عقلية أو بدنية.
وتعطي درجة كاملة لو وقع البند في نطاق عدد من الإستجابات الصحيحة.

٢- يعطي الطفل (نصف) درجة إذا كانت المهارة في مرحلة انتقال أي من تلك الأفعال التي ينجح الطفل في أدائها في بعض الأحيان فقط أو كان يؤديها المفحوص بصورة ليست متكررة أو كعادة، وتعطي نصف درجة لو كان البند في نهاية أو بداية سلسلة من الإستجابات الصحيحة.

٣- لا يعطي الطفل أيه درجة في حالة المهارة التي يؤديها إلا نادراً أو لا يؤديها على الإطلاق ولا تعطي أيها درجة لو وقع البند في نطاق عدد من الإستجابات الخاطئة.

٤- ثم تعطي الدرجة الكلية وهي مجموعة درجات التي دونت على الإستمارة وتحسب بجمع كل الدرجات المتناثرة في مستويات الأعمار على الإختبارات التالية للعمر القاعدي، والعمر القاعدي هو العمر الذي يؤدي فيه الطفل جميع المهارات.

ويستمر حساب الدرجة حتى يصل إلي العمر الذي يؤدي فيه الطفل أيه مهارة، على أن يؤخذ في الإعتبار الأفعال التي لم تتح للشخص فرصة أدائها.

٥- ثم تحول الدرجة الكلية إلى مقابل من العمر الإجتماعي بالشهور.

٦- ويمكن تحويل الدرجات العمرية إلى نسب, ويتم حساب نسبة النضج الإجتماعي من المعادلة التالية:

$$\text{نسبة النضج الإجتماعي} = \frac{\text{العمر الإجتماعي القاعدي}}{\text{العمر الزمني بالشهور}} \times ١٠٠$$

ثبات المقياس:

قامت (أنستازى Anastasi عام ١٩٤٧) بتقنين مقياس فاينلاند للنضج الإجتماعي على عينة مكونة من (٦٢٠) حالة بحيث اشتملت هذه العينة على (عشرة ذكور)، و(عشرة إناث) في كل سنة، من سن سنة من الميلاد حتى سن الثلاثين، وفضلاً عن ذلك فقد إحتوت العينة على حالات قليلة في كل عمر ولكنها كانت غير ممثلة للمجتمع الأصلي، حيث أتت معظم الحالات من طبقات إجتماعية وإقتصادية متوسطة، وقد تم حساب معامل الثبات لعينة من ١٢٣ حالة فوجد إنه (٠,٩٢) وكانت الفترة الزمنية بين التطبيق الأول ثم إعادته تتراوح ما بين يوم واحد وتسعة شهور.

(جوزال عبد الرحيم، ١٩٨١، ١٤٠)

وفي بحث قام به "عبد الرقيب أحمد إبراهيم" تم حساب معامل ثبات المقياس عن طريق إعادة اختباره في فترة تتراوح ما بين شهر وشهرين من إجراء الإختبار الأول على عينة مكونة من (٣٦) تلميذ من معهد التربية الفكرية بأسيوط وكان معامل ثبات المقياس هو (٠,٦٥) وهو ثبات ضعيف نسبياً وقد يرجع السبب في ذلك إلى قلة العينة المستخدمة.

(أسماء محمد السرسي، ١٩٨٤، ١٠٢)

وفي بحث قامت به (جوزال عبد الرحيم، ١٩٨١) تم حساب ثبات مقياس فاينلاند عن طريق إعادة الإختبار لمدة تتراوح بين أسبوع وأسبوعين على عينة مكونة من (٣٠) طفلاً من أطفال الروضة تتراوح أعمارهم بين ٣ سنوات إلى أقل من ٦ سنوات، فكان معامل الثبات التي حصلت عليه (٠,٩٣) وهو ذو دلالة عند مستوى (٠,٠١).

(جوزال عبد الرحيم، ١٩٨١، ١٤١)

وفي بحث قامت به "ميرفت النونو، ١٩٩٠" تم حساب ثبات مقياس فاينلاند أيضاً عن طريق إعادة تطبيق الإختبار لمدة تتراوح بين أسبوع وأسبوعين على عينة تتكون من ٧٢ طفلاً، ٣٦ من الذكور، ٣٦ من الإناث وكان معامل الثبات (٠,٩٦) مما يدل على إرتفاع معامل الثبات.

(شيرين صبحي، ٢٠٠٢، ١٠٩)

<u>صدق المقياس:</u>

قدر صدق الإختبار كما تقول أنستازى Anastasi على أساس أنه يفرق بين الأعمار المختلفة لكل الأسوياء، والمتخلفين عقلياً وهذا يدل على صدقة وقد وجد أن الإرتباط بين مقياس النضج الإجتماعي ومقياس (ستانفورد بينيه) ضعيف، وأكد (دولDoll) أن المقياس بالرغم من أنه لا يقيس نسبة الذكاء والنسبة الإجتماعية، يتراوح ما بين (٠,٤) إلى (٠,٨).

وفي بحث قام به "عبد الرقيب أحمد إبراهيم" تم حساب معامل الإرتباط بين المقياس ككل وبين أجزائه على عينة الدراسة المكونة من (٦٥) تلميذ بمعهد التربية الفكرية بأسيوط وكان معامل الإرتباط مرتفع جداً مما يدل على صدق المقياس.

وقد قامت "ميرفت النونو" بحساب صدق المقياس عن طريق حساب معامل الإرتباط بين الدرجة الكلية للمقياس وبين جوانبه الثمانية على عينة من (٧٢) فكانت معاملات الإرتباط قوية ومرتفعة وقد وصلت إلى (٠,٨٧).

(شيرين صبحي، ٢٠٠٢، ١٠٦)

وفي دراسة جوزال عبد الرحيم ١٩٨١ تم حساب الصدق الذاتي وذلك بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس فكان الصدق الذاتي للمقياس هو (٠.٩٣) أي يساوي (٠,٠٩٦).
(جوزال عبد الرحيم، ١٩٨١، ١٤١)

٣- مقياس المستوى الإجتماعي الإقتصادي للأسرة:

" إعداد عبد السلام عبد الغفار وإبراهيم قشقوش ١٩٧٨ - تعديل عبد العزيز السيد الشخص ١٩٨٨" - (شيرين صبحي صالح، ٢٠٠٢)

أعد هذا الدليل عبد السلام عبد الغفار إبراهيم قشقوش ١٩٧٨ وهو عبارة عن إستمارة لجمع البيانات الخاصة بالطالب وأسرته بغرض الحصول على معلومات وبيانات تفيد في تحديد مستواه التعليمي والإجتماعي والإقتصادي وتتضمن البيانات كما هو موضح بالدليل، الاسم والراتب وكذلك وظيفة الأم ومؤهلها الدراسي ومرتبها بالإضافة إلى بيانات خاصة بمصادر دخل الأسرة وقيمته وإجمالي دخل الأسرة وعدد أفرادها وبيانات عن الأخوة ومستواها التعليمي وعملهم وأيضاً ترتيب الطالب بينهم بالإضافة إلى عدد غرف المسكن. ويجب على الفاحص إعطاء الثقة للمفحوص بسرية هذه البيانات وعدم إستخدامها في أغراض غير البحث العلمي.

ويتضمن هذا الدليل ثلاثة أبعاد متدرجة وفيما يلي وصف لكل بعد من هذه الأبعاد الثلاثة المتدرجة.

أولاً : بعد الوظيفة أو المهنة (للأب والأم):

قام الباحث معد الدليل بزيارات لبعض المصالح الحكومية، والشركات، ومناقشة المسئولين حول نوعيات الوظائف والمهن بها، وكيفية تصنيف هذه الوظائف، كما قام بالإطلاع على بعض الأساليب التي يستخدمها الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة في تصنيف الوظائف. كما إستعان الباحث بحصر الوظائف والمهن الواردة بدليل الوضع الإجتماعي الإقتصادي الأول (٩)، ثم قام بعد ذلك بتصنيف الوظائف الخاصة بالرجال والنساء في (٩) مستويات في ضوء المغزى الإجتماعي للوظيفة والمهام والمسئوليات الملقاة على عاتق شاغلها والعائد الإقتصادي للجهد الذي يبذله المرء في وظيفته أو عمله ثم موقف الوظيفة أو العمل في التركيب الإجتماعي الإقتصادي للمجتمع وما حدث من تغير في النظرة لبعض الوظائف والمهن والحرف في الأونة الأخيرة والمستويات تبدأ من المستوي الأول حتي المستوي التاسع وعند الإجابة يأخذ المستوي الأول درجة واحدة والثاني درجتين والثالث ثلاث درجات وهكذا...

ثانياً بعد مستوي التعليم (للأب والأم):

تم تصنيف هذا البعد إلي ثمانية مستويات كما يلي:-

١-بدون مؤهل.

٢-إبتدائية.

٣-إعدادية.

٤-ثانوية وما في مستواها.

٥-شهادة أعلي من الثانوية وأقل من الشهادة الجامعية الأولي.

٦-الشهادة الجامعية الأولي.

٧-دراسات عليا حتي الماجستير.

٨-شهادة الدكتوراه.

ويتم إعطاء الدرجة حسب رقم المستوي.

(تعديل عبد العزيز السيد الشخص، ١٩٨٨، ٢٥)

ثالثاً بعد متوسط دخل الفرد في الشهر:

تم تصنيف متوسط الدخل في ٧ فئات بحيث تعطي درجة لكل مستوي حسب رقمه كما يلي:

١- أقل من ٢٠ جنيه	درجة واحدة.
٢- من ٢٠ – ٣٩ جنيه	درجتان.
٣- من ٤٠ – ٥٩ جنيه	ثلاث درجات.
٤- من ٦٠ – ٧٩ جنيه	أربع درجات.
٥- من ٨٠ – ٩٩ جنيه	خمس درجات.
٦- من ١٠٠ – ١١٩ جنيه	ست درجات.
٧- من ١٢٠ جنيهاً فأكثر	سبع درجات.

(تعديل عبد العزيز السيد الشخص، ١٩٨٨، ٢٦)

٤– إستمارة التقييم:

عبارة عن إستمارة لتسجيل بيانات التقييم في كل مجالات النمو، وهي مقسمة إلى خمسة أعمدة كل عامود يمثل مجال من مجالات النمو وكل مجال مكتوب به أرقام المهارات الخاصة به حيث يقوم الفاحص بوضع علامة (?) أو (X) أمام المهارة التي يختبر فيها المفحوص.

رابعاً: التطبيق الميداني على عينة البحث:

حتى يتم التحقق من فروض الدراسة قامت الباحثة بإجراء الخطوات التالية:

١- المجموعة التجريبية:

- قامت الباحثة بإختيار عينة الدراسة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون المترددين على قسم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بالمركز القومي للبحوث في الفترة من ٢٠٠٢/٥/١ إلى ٢٠٠٣/٥/١.

- تتراوح أعمارهم ما بين ١ شهر - ٤٨ شهراً وقد أشارت الباحثة في بداية الفصل إلي خصائص عينة الدراسة.

- تم تحديد العينة المختارة طبقاً للمرحلة العمرية لها.

- قامت الباحثة بتطبيق مقياس النضج الإجتماعي على العينة المختارة وتحديد أفراد العينة ممن يتراوح معدل النضج الإجتماعي لهم ما بين ٤٥ - ٧٠ .

- قامت الباحثة بتطبيق مقياس المستوي الإجتماعي الإقتصادي على أطفال المجموعة التجريبية.

- قامت الباحثة بعمل تقييم لأفراد العينة بالنسبة لمجالات النمو المختلفة بإستخدام برنامج بورتيدج كل ٣ أشهر للتعرف على مدي التغير في مستوي مجالات النمو المختلفة.

- قامت الباحثة بوضع برنامج التدخل المبكر والتنبيه الذهني لأفراد المجموعة التجريبية لتدريبهم على المهارات المختلفة وذلك من خلال عمل جلسات للتنبيه الذهني مرة واحدة كل أسبوع.

- في البداية يقوم فريق الأطباء بتوقيع الكشف الطبي الدقيق على الحالات ودراسة شجرة العائلة ودراسة الكروموسومات والتحاليل الطبية المختلفة والإشاعات.

- ثم يتم عمل إختبار ذكاء للحالات موضع الدراسة.

- بعد ذلك يتم تشخيص الحالات من فريق الأطباء طبقاً لما تم من دراسة للحالة وتحديد العلاج المناسب لها.

- يتم تحويل الأطفال طبقاً لحالتهم إلى الأخصائيين المختلفين لتكملة العلاج وعمل جلسات لهم مثل أخصائي الفئات الخاصة، التخاطب، العلاج الطبيعي، التغذية، الأسنان،......... إلخ.

- وتقوم الباحثة بعمل تقييم للحالات بإستخدام برنامج بورتيدج ووضع البرنامج المناسب لكل حالة طبقاً لنتيجة التقييم ومستوى مجالات النمو والمرحلة العمرية، كذلك تقوم الباحثة بعمل جلسات التنبيه والتنمية للأطفال بالإشتراك مع فريق العمل ومتابعة مستوى الحالات بإعادة التقييم كل ٣ أشهر للتعرف على التغير الذي طرأ على كل حالة.

- بعد ذلك يتم تقديم الإستشارة الوراثية للحالات وتحديد ما إذا كان سبب الحالة وراثي أم لا وتحديد إحتمالية تكرار الحالة عند حدوث حمل جديد.

- كما يتم متابعة الأمهات عند حدوث حمل جديد وعمل الفحوصات الطبية المختلفة لها من تحاليل وأشعات للتعرف على خطر الحمل في طفل لديه نفس المرض .

- تم تطبيق آخر تقييم لأفراد المجموعة التجريبية في نهاية مدة الدراسة.

٢- المجموعة الضابطة:
- بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة تم عمل تقييم لهم عند بدء الدراسة وإعادته كل ٣ أشهر حتى نهاية مدة الدراسة.

- قامت الباحثة بتطبيق مقياس النضج الإجتماعي على العينة المختارة من المجموعة الضابطة وتحديد أفراد العينة ممن يتراوح معدل النضج الإجتماعي لهم ما بين ٤٥ – ٧٠ .

- قامت الباحثة بتطبيق مقياس المستوي الإجتماعي الإقتصادي على أطفال المجموعة الضابطة.

- بعد الإنتهاء من عملية التطبيق قامت الباحثة بتصحيح الإختبارات المستخدمة في الدراسة وتفريغ البيانات يدوياً وذلك في كشف تضمن أرقام أفراد العينة (كل مجموعة على حدة) ومجالات النمو المختلفة والدرجات التي حصل عليها كل فرد، ومعدل النضج الإجتماعي، والمستوي الإجتماعي الإقتصادي وتم جدولتها.

- ثم تمت العمليات الإحصائية المناسبة لنوع الدراسة وأهدافها وطبيعة فروضها بإستخدام الحاسب الآلي.

خامساً: حدود الدراسة:

- إقتصرت الدراسة الحالية على عينة مكونة من (٩٠) طفلاً وطفلة من قسم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة – المركز القومي للبحوث.

- أجريت الدراسة في الفترة من ٢٠٠٢/٥/١ إلى ٢٠٠٣/٥/١.

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

في ضوء هدف الدراسة وفروضها إعتمدت الباحثة على الأساليب الإحصائية التالية:

١-المتوسط الحسابي Mean .

٢-الإنحراف المعياري Standard Deviation .

٣-إختبار (ت) T. Test .

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

- نتائج الدراسة وتفسيرها
- نتائج الدراسة
- التوصيات
- البحوث المقترحة

قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة وهي برنامج بورتيدج للتربية المبكرة ومقياس النضج الإجتماعي ومقياس المستوى الإجتماعي الإقتصادي على كل من مجموعتي البحث وهما العينة التي سيتم عمل تدخل مبكر لها بإستخدام برنامج بورتيدج للتربية المبكرة والعينة التي لن تتعرض للتدخل المبكر، ثم قامت بحساب دلالة الفروق بين العينتين في مجالات النمو المختلفة وهما المجال "الإدراكي، الحركي، التنشئة الإجتماعية، الرعاية الذاتية، اللغة" وذلك قبل تطبيق البرنامج.

وفيما يلي جدول يوضح قيمة (ت) ودلالتها بالنسبة للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مجالات النمو المختلفة قبل تطبيق البرنامج.

جدول (١/٥) يوضح قيمة (ت) ودلالتها للمجموعة التجريبية والضابطة في مجالات النمو المختلفة قبل تطبيق البرنامج

	المجموعة التجريبية ن = ٥٠		المجموعة الضابطة ن = ٤٠			
المتغير	المتوسط	الإنحراف المعياري	المتوسط	الإنحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة
الإدراكي	٢٨,٧٦	٢١,٣١	٥٧,٩٧	١٨,٥٥	٦,٨٣	دالة عند (٠.٠١)
الحركي	٢٦,٩١	٢٣,٦٦	٦٧,٧٨	١٣,٥٠	٩,٧٢	دالة عند (٠.٠١)
التنشئة الإجتماعية	٤٤,٩٨	٢١,٩٨	٧٢,٠٢	١٦,١٩	٦,٤٩	دالة عند (٠.٠١)
الرعاية الذاتية	٥٣,٠١	١٥,٩٥	٧٠,٨٧	١٧,٤٤	٥,٠٦	دالة عند (٠.٠١)
اللغة	١٥,٢٧	١٧,٠٧	٣٩,٠٧	١٦,٩٦	٦,٥٩	دالة عند (٠.٠١)

- يتضح من الجدول السابق أن هناك فروق بين المجموعة التجريبية والتي ستتعرض لبرنامج التدخل المبكر والمجموعة الضابطة التي لن تتعرض لبرنامج التدخل المبكر وأن الفروق لصالح المجموعة الضابطة.

- كما قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس النضج الإجتماعي.

وفيما يلي جدول يوضح قيمة (ت) ودلالتها بالنسبة للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في معدلات النضج الإجتماعي قبل تطبيق البرنامج.

جدول (٢/٥) يوضح قيمة (ت) ودلالتها للمجموعة
التجريبية والضابطة في معدلات النضج الإجتماعي
قبل تطبيق البرنامج

المتغير	المجموعة التجريبية ن= ٥٠		المجموعة الضابطة ن= ٤٠		قيمة ت	الدلالة
	المتوسط	الإنحراف المعياري	المتوسط	الإنحراف المعياري		
النضج الإجتماعي	٥٣,٢٦	٥,٧٨	٦٠,٣٠	٥,٢٠	٦,٠٠	غير دال

- يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق داله إحصائياً بين المجموعة التجريبية التي ستتعرض لبرنامج التدخل المبكر والمجموعة الضابطة التي لن تتعرض لبرنامج التدخل المبكر وذلك في معدلات النضج الإجتماعي.

أما بالنسبة لفروض الدراسة فسيتم عرضها فيما يلي:

نتائج الفرض الأول:-

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في مجالات النمو المختلفة لصالح التطبيق البعدي".

وللتحقق من هذا الفرض تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق في كل مجال من مجالات النمو الخاصة بالبرنامج وهي المجال الإدراكي – الحركي – التنشئة الإجتماعية – الرعاية الذاتية – اللغة للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي جدول يوضح قيمة (ت) ودلالتها بالنسبة للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج:

جدول رقم (٣/٥) يوضح قيمة (ت) ودلالتها
في مجالات النمو المختلفة للمجموعة التجريبية
قبل وبعد تطبيق البرنامج
"ن = ٥٠"

المتغير	قبل البرنامج		بعد البرنامج		قيمة ت	الدلالة
	المتوسط	الإنحراف المعياري	المتوسط	الإنحراف المعياري		
الإدراكي	٢٨,٧٧	٢١,٣٢	٧٦,٩٤	١٣,٣٧	١٤,٣١	دالة عند (٠١.)
الحركي	٢٦,٩١	٢٣,٦٦	٧٦,٦٧	١٢,٤٧	١٥,٥٥	دالة عند (٠١.)
التنشئة الإجتماعية	٤٤,٩٩	٢١,٩٩	٨٨,٩٩	١٠,٣٧	١٢,٩٨	دالة عند (٠١.)
الرعاية الذاتية	٥٣,٠١	١٥,٩٥	٨٠,٨٥	١١,٥٠	١٢,٥٥	دالة عند (٠١.)
اللغة	١٥,٢٧	١٧,٠٨	٥٦,٩٨	١٦,٦١	١٣,٩١	دالة عند (٠١.)

- يتضح من جدول (٣/٥) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند (٠١.) بين أطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في مجالات النمو المختلفة لصالح التطبيق البعدي.

- وبذلك يتضح أن الفرض الأول قد تحقق حيث تدل النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين أطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في مجالات النمو المختلفة لصالح التطبيق البعدي حيث حدث لها تحسن بعد نهاية البرنامج في مجالات النمو المختلفة، وهذا ما تؤكده دراسة كل من خالد حامد (١٩٩٧)، ونجوى عبد المجيد وآخرون (١٩٩٩) والتي وجدت أن التدخل المبكر بإستخدام برنامج بورتيدج أدى إلى تحسن مجالات النمو المختلفة

للأطفال المشتركين في البرنامج، ودراسة شيرين صبحي (٢٠٠٢) التي أكدت زيادة معدل النمو الإجتماعي للأطفال بعد تطبيق برنامج بورتيدج، ودراسة بيرجلوند وآخرون (٢٠٠١) التي أثبتت حدوث تقدم مبكر في نمو اللغة المنطوقة نتيجة تطبيق برنامج للتدخل المبكر، ودراسة يولريتش (٢٠٠١) التي أثبتت أن التدريب على المشي يقلل من تأخر المشي عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون، و دراسة ماهوني (٢٠٠١) التي أوضحت أن قلة عدد جلسات التدخل الحركي أدت إلى عدم حدوث إسراع في النمو الحركي، وتتفق دراسة باليسانو (٢٠٠١) مع دراسة ماهوني حيث تؤكد أن شدة الإعاقة تؤثر على معدل الحركة وليس على أدائها، كما تتفق معهم دراسة وانج (٢٠٠٢) التي أكدت تحسن المهارات الحركية للأطفال الداون بعد التدريب عليها، وأثبتت دراسة هوسر-كرام (٢٠٠١) تطور المهارات الإدراكية والإجتماعية للأطفال المتأخرين عقلياً بعد تطبيق برنامج للتدخل المبكر عليهم.

– كما تؤكد الدراسات التي تمت حول أهمية التدخل المبكر في رعاية الأطفال التأخر الذهني تبين تحسن حالات كثيرة في النمو العقلي والإجتماعي والإنفعالي واللغوي والحركي وأن التدخل المبكر له تأثير كبير علي المدى البعيد فهو يساعد الأطفال في تخفيف تأثيرات حالة الإعاقة ويحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر كما أن له نتائج واضحة في الوقاية من التخلف العقلي والتأخر العقلي.

(Hayden, 1997, 160) (كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٦، ٢٢٥)

– وأشارت دراسات أخرى إلي التحسن في قدرات المتخلفين عقلياً وفي نمو شخصياتهم وصحتهم النفسية والجسمية وتوافقهم الإجتماعي، وتحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والإجتماعية فقد أثبتت الأبحاث التي تمت على نمو الطفل أن معدل النمو والتعليم الإنساني عملية أكثر سرعة في سن الروضة.

(Samuel A.kirk, et al., 1993,88) (كمال إبراهيم مرسي، ١٩٩٦، ٢٢١ : ٢٢٦)

– وقد أوضح علماء النمو أن الأطفال الأسوياء والمعوقين عقلياً بمقدورهم إجتياز نفس مراحل النمو المعرفي دون أي إختلاف بينهم إلا في معدل تحقيق هذه المراحل، وأن هؤلاء الأطفال لديهم تشابهاً في العمليات المكونة لقدراتهم العقلية.

(عبد العزيز السرطاوي، عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٠: ٥٤ : ٦٠)

- فعملية النمو عملية غير مرئية وينبغي أن تتم في أتساق تام ولكل مرحلة من مراحلها دلالاتها وفشل النمو في أي حلقة منها سيكون له أثره على النمو في المراحل التالية، كما أن المراحل المختلفة لنمو الطفل تساعد من الناحية العملية على تطوير قدراته، ومن ثم فإن النمو العقلي عامة والفكري خاصة يجب أن ينظم بطريقة تؤدي إلى أن تفتح نهاية كل مرحلة الطريق إلى المرحلة التالية.

(نجدة إبراهيم علي، ٢٠٠٢، ١٥ : ٢٠)

- ولذلك يمكن تفسير نتائج الفرض الأول من تحسن أطفال المجموعة التجريبية في مجالات النمو المختلفة، الإدراكي، الحركي، التنشئة الإجتماعية، الرعاية الذاتية، اللغة على أن هذا التحسن قد يكون نتيجة تطبيق برنامج التدخل المبكر مع هؤلاء الأطفال والمواظبة على حضور جلسات التنبيه الذهني وتدريب الوالدين وخاصة الأم للأطفال في المنزل بإستخدام مواد تعليمية متوفرة في البيئة حيث يقوم الطفل بتحويل الخبرات إلى معرفة عن طريق إستدخال المعلومات وتكوين إطاراً عقلياً مرجعياً والذي يؤدي بعد ذلك للتعميم طبقاً لنظرية جان بياجية ويتم التدريب على المهارات من خلال جلسات التنبيه الذهني بمعدل ساعة يومياً بشكل متقطع لضمان تركيز الطفل أثناء التدريب فالبرنامج يعتمد على التدريب المنزلي ومجهود الوالدين بإعتبارهم شخصيات أساسية لها دوراً رئيسياً في نمو الطفل وتحديد إحتياجاتة.

- حيث إن تدريب الطفل المعوق ذهنياً علي المهارات المختلفة لمراحل النمو التي يمر بها الطفل الطبيعي في مرحلة مبكرة من العمر يساعد علي إكتساب تلك المهارات في وقت مبكر وبالتالي تقليل الفجوة بينه وبين الطفل الطبيعي عن طريق التعرف علي إحتياجاته وتوفيرها له مما ينعكس علي قدرة الطفل علي الإعتماد علي نفسه والتفاعل مع المجتمع المحيط به وبالتالي تقبل الأسرة والمجتمع له.

- فالطفل المعوق ذهنياً يمر بنفس مراحل النمو الإرتقائي التي يمر بها الطفل الطبيعي إلا أن الطفل المعوق ذهنياً يحتاج إلى مجهود أكبر وفترة أطول للتدريب على إكتساب مهارات النمو المختلفة وتشير نتائج الدراسات إلى أن تدريب الطفل المعوق ذهنياً على مهارات النمو المختلفة في مرحلة مبكرة من العمر يساعد على إكتساب تلك المهارات في وقت مبكر وبالتالي تقليل الفجوة بينة وبين الطفل الطبيعي عن طريق التعرف على احتياجاته وتوفيرها له

مما ينعكس على قدرة الطفل على الإعتماد على نفسه والتفاعل مع المجتمع المحيط به وبالتالي تقبل الأسرة والمجتمع.

- كما أن النمو في مرحلة الطفولة المبكرة يسير بمعدل أسرع يفوق النمو في مراحل الحياة الأخرى حيث يصل النمو في حجم الدماغ إلى نصف حجم مخ البالغ عند مرحلة ٦ أشهر من عمر الطفل فهي تمثل ذروة القابلية للنمو والتعليم مما يؤكد على أهمية التدخل في وقت مبكر لإستثمار هذه المرحلة حيث أن الإهمال المبكر يؤدي إلى آثار سلبية تراكمية يصعب علاجها لاحقاً نتيجة صعوبة تعلم بعض مهارات النمو بمرور الوقت.

نتائج الفرض الثاني:-

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي".

وللتحقق من هذا الفرض تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي جدول يوضح قيمة (ت) ودلالتها بالنسبة للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج:

رقم (٥/٤) يوضح قيمة (ت) ودلالتها
في معدلات النضج الإجتماعي للمجموعة التجريبية
"ن = ٥٠"

المتغير	قبل البرنامج		بعد البرنامج		قيمة ت	الدلالة
	المتوسط	الإنحراف المعياري	المتوسط	الإنحراف المعياري		
النضج الإجتماعي	٥٣,٢٦	٥,٧٧	٦٢,٨٨	٥,٣٠	٨,٦٧	دالة عند (٠.٠١)

- يتضح من جدول (٤/٥) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند (٠.٠١) بين أطفال المجموعة التجريبية في معدلات النضج الإجتماعي قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي.

- وبذلك يتضح أن الفرض الثاني قد تحقق حيث تشير النتائج على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج وأن الفروق لصالح التطبيق البعدي حيث حدث تحسن لأطفال المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج في معدلات النضج الإجتماعي، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة شيرين صبحي (٢٠٠٢)، ودراسة نجوى عبد المجيد وآخرون (١٩٩٩) والتي أكدت حدوث تحسن في معدلات النضج الإجتماعي بعد تطبيق برنامج بورتيدج.

- أن القدرات العقلية غير ثابتة في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، لذلك فإن تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سيساعد في تنمية قدراته المختلفة.
(Fewell, A. & Rebecca, C. 1996, 233 : 234) (Lee, P., 1993, 58 : 103)

- فنجاح الفرد في الحياة لا يعتمد فقط على الذكاء بل يعتمد على القدرات المختلفة والنضج الإنفعالي والعلاقات الإجتماعية فعلى الرغم من أن الطفل المعوق ذهنياً يكون ذكاؤه محدود إلا أنه يستطيع التفاعل مع الآخرين والحصول على قدر من التعليم الأكاديمي والحرفي عن طريق التعرف على إمكانياته وقدراته وإستثمارها إلى أقصى درجة في مرحلة مبكرة كلما أمكن ذلك.
- كما أن توفر برامج التدخل المبكر الغنية بالمثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل تساعد بصورة مؤكدة علي إكتسابه مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية سواء كانت معرفية، لغوية، إجتماعية سلوكية، أو أكاديمية.

- ويمكن تفسير نتائج الفرض الثاني بأن تحسن معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية قد يرجع إلى تحسن مجالات النمو المختلفة نتيجة تطبيق برنامج التدخل المبكر مع أطفال المجموعة التجريبية، مما أدى إلى تنمية قدراتهم المختلفة وتحسن النمو العقلي، الحركي، الإجتماعي، الإنفعالي، واللغوي وبالتالي تحسن معدلات النضج الإجتماعي لهم.

- إن تدريب أطفال المجموعة التجريبية على مختلف مجالات النمو عن طريق الأخصائيين والأمهات بوجه خاص والأسرة بوجه عام في فترات منتظمة والمشاركة في تنفيذ الأنشطة

والتدريب عليها وإكتساب المهارات المختلفة أدى إلى التحسن في جميع مجالات النمو والذي أدى بدوره إلى تحسن معدلات النضج الإجتماعي لهؤلاء الأطفال حيث تم عمل تقييم لهؤلاء الأطفال قبل البرنامج وتحديد مستويات النمو الخاصة بهم والتعرف على مواطن الضعف لديهم، بعد ذلك تم وضع البرنامج المناسب لكل حالة والذي تم تدريب الأطفال عليه عن طريق الأخصائيين وأولياء الأمور حيث تم تدريب الوالدين على كيفية تنفيذ تلك الأنشطة والمهارات بالمنزل، وللتعرف على مدى التقدم في كل مجال من مجالات النمو تم عمل تقييم كل ثلاثة أشهر لوضع برنامج جديد لكل طفل بناء على مستوى النمو الذي ظهر في التقييم الجديد.

– مما سبق تتضح أهمية وفوائد التدخل المبكر في كلاً من المركز والمنزل والذي أكدته العديد من الدراسات العلمية التي أجريت لتقييم فاعلية نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر المختلفة. ففي دراسة قام بها كاستو وماستروبيري لتحليل النتائج التي توصلت إليها أربعة وسبعون دراسة علمية، أكدت النتائج أن التدخل المبكر ينتج عنه تحسن مستوى النمو المعرفي واللغوي والأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة وأن الفائدة تكون أكبر كلما كان التدخل مبكراً ومكثفاً أكثر وتشارك فيه الأسرة بدور أساسي وفعال ليستثمر القدرات الموجودة لدى كل طفل.

نتائج الفرض الثالث:-

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مجالات النمو المختلفة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من هذا الفرض تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق في كل مجال من مجالات النمو الخاصة بالبرنامج وهي المجال الإدراكي – الحركي – التنشئة الإجتماعية – الرعاية الذاتية – اللغة للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي جدول يوضح قيمة (ت) ودلالتها بالنسبة للمجموعتين بعد تطبيق البرنامج:

جدول رقم (٥/٥) يوضح قيمة (ت) ودلالتها

في مجالات النمو المختلفة للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

بعد تطبيق البرنامج

	المجموعة التجريبية ن = ٥٠		المجموعة الضابطة ن = ٤٠			
المتغير	المتوسط	الإنحراف المعياري	المتوسط	الإنحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة
الإدراكي	٧٦,٩٤	١٣,٣٧	٤٧,٢٦	١٦,٤٧	٩,٤٤	دالة عند (٠١.)
الحركي	٧٦,٦٧	١٢,٧٥	٥٨,١٦	١٥,٧٩	٦,١٥	دالة عند (٠١.)
التنشئة الإجتماعية	٨٨,٩٩	١٠,٣٨	٦٢,٨٤	١٦,٨٣	٩,٠٥	دالة عند (٠١.)
الرعاية الذاتية	٨٠,٨٥	١١,٥٠	٥٨,٩٧	١٤,٠٣	٨,١٣	دالة عند (٠١.)
اللغة	٥٦,٩٨	١٦,٦١	٢٨,٥٢	١٤,٤٧	٨,٥٤	دالة عند (٠١.)

- يتضح من الجدول رقم (٥/٥) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند (٠١.) بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مجالات النمو المختلفة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

- وبذلك يتضح أن الفرض الثالث قد تحقق حيث تدل النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مجالات النمو المختلفة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

- وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة الفرض الأول وتؤكدها حيث تشير إلى تحسن أطفال المجموعة التجريبية في مجالات النمو المختلفة بعد تطبيق البرنامج مقارنة بنتائج المجموعة الضابطة بعد الفترة المتزامنة مع فترة تطبيق البرنامج على أطفال المجموعة التجريبية حيث أشارت نتائج المجموعة الضابطة إلى حدوث تدهور للأطفال في جميع مجالات النمو بنسب مختلفة.

- وتؤكد هذه النتيجة على أنه كلما كان التدخل مبكراً ومكثفاً كلما كانت فرص التحسن أكثر وأكبر يكون مستمراً حيث أن تدريب الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة يحتاج إلى المثابرة والوقت والجهد للتدريب على مهارات النمو المختلفة.

- ويمكن تفسير نتائج الفرض الثالث من تحسن أطفال المجموعة التجريبية في مجالات النمو المختلفة، الإدراكي، الحركي، التنشئة الإجتماعية، الرعاية الذاتية، اللغة على أن هذا التحسن قد يكون كما أشرنا في الفرض الأول نتيجة تطبيق برنامج التدخل المبكر مع هؤلاء الأطفال وحضور جلسات التنبيه الذهني والتدريب المكثف في المنزل وصغر سن الأطفال.

- كما يمكن تفسير التدهور الذي حدث لأطفال المجموعة الضابطة في جميع مجالات النمو بأنه قد يرجع إلى عدم حصولهم على برنامج للتدخل المبكر والتنبيه الذهني للتدريب على مهارات النمو المختلفة خارج أو داخل المنزل.

- ومن هنا يمكن التأكيد على أن الطفل المعوق هو طفل مثل غيره من الأطفال لديه ما لديهم من حاجات فسيولوجية ونفسية فيحتاج إلى الحب والحنان والشعور بالإنتماء ويحتاج إلى التعلم والإستقلالية كما يحتاج إلى الدعم والمساندة سواء من الأخصائيين أو الأسرة حيث أنه طفل لديه خصائص وقدرات خاصة يمكن إستثمارها ليكون عضواً نافعاً لنفسه ولأسرته ولمجتمعه.

- ومن هذا المنطلق تتأكد مسئولية الوالدين تجاه الطفل المعوق حيث أنه لا يتعلم الخبرات والمهارات بنفسه مثل الطفل العادي بل يحتاج لمن يعلمه إياها وإلا سيتأخر في تعلمها ولن يتعلم بعضها، لذلك يجب على الأسرة وخاصة الأم تعليم الطفل وتعديل سلوكه الغير سوي وتدريبه على المهارات المختلفة ولإكسابه الخبرات.

- وقد أشرنا فيما سبق لأهمية دور الأسرة والذي تؤكد عليه العديد من برامج التدخل المبكر لزيادة فاعلية برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال والتي تتضمن المشاركة المباشرة والمتكاملة للأسرة وخاصة الأم في كل مراحل أنشطة البرنامج في التصميم والتنفيذ والتقييم حيث يؤدي ذلك لزيادة فرص النمو والتعلم المتاحة وتحسن إمكانيات تعديل سلوكه نتيجة لثبات طريقة التعامل معه في المركز والمنزل حيث ينتقل أثر التدريب من المركز للمنزل ويتم تعميم إستجابات الطفل لتلبية إحتياجاته عن طريق الخدمات المقدمة له.

– لذلك أصبح الهدف الرئيسي لمراكز التربية الخاصة تدريب أسرة الفرد ذو الإحتياجات الخاصة للمشاركة مع الأخصائيين في تدريب الطفل لينمو نمواً سليماً في جميع النواحي المعرفية والحركية والإجتماعية والنفسية واللغوية حيث أن العديد من الدراسات تؤكد على أن مشاركة الأمهات في برامج التدخل المبكر للأطفال المعوقين عقلياً تؤدي إلى حدوث تغيرات في الجوانب المعرفية والإنفعالية ومهارات النمو المختلفة أكثر من الأطفال الذين لم تشترك أمهاتهم في برنامج التدخل المبكر، كما وجد تحسن في سلوك الأمهات للتغلب على مشكلات الأطفال السلوكية.

نتائج الفرض الرابع:–

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من هذا الفرض تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي جدول يوضح قيمة (ت) ودلالتها بالنسبة للمجموعتين بعد تطبيق البرنامج:

جدول رقم (٦/٥) يوضح قيمة (ت) ودلالتها

في معدلات النضج الإجتماعي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

بعد تطبيق البرنامج

	المجموعة التجريبية ن = ٥٠		المجموعة الضابطة ن = ٤٠			
المتغير	المتوسط	الإنحراف المعياري	المتوسط	الإنحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة
النضج الإجتماعي	٦٢,٨٨	٥,٣٠	٥٤,٣٥	٦,٣١	٦,٩٧	دالة عند (٠.٠١)

- يتضح من الجدول رقم (٦/٥) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند (٠.٠١) بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

- وبذلك يتضح أن الفرض الرابع قد تحقق حيث تدل النتائج أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

- وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة الفرض الثاني وتؤكدها حيث تشير إلى تحسن أطفال المجموعة التجريبية في معدلات النضج الإجتماعي بعد تطبيق البرنامج مقارنة بنتائج المجموعة الضابطة بعد الفترة المتزامنة مع فترة تطبيق البرنامج على أطفال المجموعة التجريبية حيث أشارت نتائج المجموعة الضابطة إلى حدوث تدهور للأطفال في معدلات النضج الإجتماعي.

- ويؤكد العلماء على أنه لا يوجد قوة تستطيع إضعاف نسبة الذكاء بشكل رئيسي إلا الفترة التي يعيش فيها الإنسان في بيئة فقيرة فالبيئة كما يراها التطوريون تتفاعل بنشاط وباستمرار مع الطفل أثناء فترة التطور فالأطفال يقومون بتطوير قدراتهم العقلية عن طريق تفاعلهم تدريجياً مع العديد من البيئات.

- أن تفاعل الطفل بشكل إيجابي منذ ولادته مع ما يحيط به من عوامل إجتماعيه وبيئية يسهم بشكل مباشر في تشكيل سلوكه وقدراته وخاصة في الجانب الحركي من حيث المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة والذي يسهم في تنمية كافة جوانب النمو الأخرى كالنمو المعرفي واللغوي والإجتماعي ومهارات العناية بالذات.

نتائج الفرض الخامس:-

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مجالات النمو المختلفة للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج".

وللتحقق من هذا الفرض تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق في كل مجال من مجالات النمو الخاصة بالبرنامج وهي المجال الإدراكي – الحركي – التنشئة الإجتماعية – الرعاية الذاتية – اللغة بين الذكور والإناث للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي جدول يوضح قيمة (ت) ودلالتها بالنسبة للمجموعتين بعد تطبيق البرنامج:

جدول رقم (٧/٥) يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين الذكور والإناث في مجالات النمو المختلفة للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج

	المجموعة التجريبية ن = ٢٥		المجموعة التجريبية ن = ٢٥			
المتغير	متوسط الذكور	الإنحراف المعياري للذكور	متوسط الإناث	الإنحراف المعياري للإناث	قيمة ت	الدلالة
الإدراكي	٧٧,٧٦	١٤,٥٨	٧٦,١١	١٢,٢٩	.٤٣٣	غير دال
الحركي	٧٣,٧٠	١٢,٩١	٧٩,٦٤	١٢,١١	١,٦٨	غير دال،
التنشئة الإجتماعية	٨٧,٤١	١٠,٨٤	٩٠,٥٨	٩,٨٥	١,٠٨	غير دال
الرعاية الذاتية	٧٧,٠٦	١٠,٧٩	٨٤,٦٥	١١,١٢	٢,٤٥	دالة عند ٠٥.
اللغة	٥٦,٩٧	١٦,٠٢	٥٦,٩٩	١٧,٥٠	.٠٠٣	غير دال

– يتضح من الجدول رقم (٧/٥) ما يلي:-

١- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في بعض مجالات النمو وهي المجال الإدراكي، الحركي، التنشئة الإجتماعية واللغة.

٢- توجد فروق دالة إحصائياً عند درجة (٠٠٥.) بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في مجال الرعاية الذاتية لصالح الإناث.

– وبذلك يتضح أن الفرض الخامس قد تحقق جزئياً حيث تشير النتائج إلي أنه لا توجد فروق

ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث للمجموعة التجريبية في مجـــالات النمـــو التاليـــة: الإدراكي ،الحركي، التنشئة الإجتماعية، اللغة. بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائيـــة بيـــن الذكور والإناث في مجال الرعاية الذاتية لصالح الإناث.

- وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع دراسة شيرين صبحي(٢٠٠٢) حيث أشارت إلى أنه لا يوجد تأثير للنوع (ذكور وإناث) لدى أطفال المجموعة التجريبية في مجال التنشئة الإجتماعية.

- ويمكن تفسير نتيجة الفرض الخامس من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في بعض مجالات النمو وهي المجال الإدراكي، الحركي، التنشئة الإجتماعية واللغة بأن هناك تشابهاً بين الأطفال في مراحل النمو المختلفة فكل الأطفال يمروا بنفس مراحل النمو الإرتقائي والإختلاف بينهم يكون في معدل إنجاز هذه المراحل كما أن الأطفال تتشابه لديهم العمليات المكونة لقدراتهم العقلية.

- أما الفروق بين الذكور والإناث للمجموعة التجريبية في مجال الرعاية الذاتية فيمكن تفسيره بأن هناك إختلاف بين الجنسين في بعض المهارات والقدرات الخاصة وهذا ما دلت عليه الأبحاث والدراسات في علم النفس الفارقي والتي أكدت أن الفروق بين الأفراد تتأثر تبعاً لنوع الجنس.

نتائج الفرض السادس:-

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في معـــدلات النضـــج الإجتمـــاعي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج".

وللتحقق من هذا الفرض تم حساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين معدلات النضج الإجتمـــاعي لأطفال المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

وفيما يلي جدول يوضح قيمة (ت) ودلالتها بالنسبة لذكور وإناث الممجموعة التجريبية بعـــد تطبيق البرنامج:

جدول رقم (٨/٥) يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين

الذكور والإناث في معدلات النضج الإجتماعي للمجموعة التجريبية

بعد تطبيق البرنامج

"ن = ٥٠"

	المجموعة التجريبية ن = ٢٥		المجموعة التجريبية ن = ٢٥			
المتغير	متوسط الذكور	الإنحراف المعياري للذكور	متوسط الإناث	الإنحراف المعياري للإناث	قيمة ت	الدلالة
النضج الإجتماعي	٦٢,٧٣	٥,٢٨	٦٣,٢٤	٥,٩٨	٠,٢٠	غير دالة

- يتضح من الجدول رقم (٨/٥) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في معدلات النضج الإجتماعي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

- وبذلك يتضح أن الفرض السادس قد تحقق حيث تدل النتائج أنه لا توجـــد فــروق دالــة إحصائياً بين الذكور والإناث في معدلات النضج الإجتماعي المجموعة التجريبية بعد تطبيــق البرنامج.

- ويمكن تفسير نتيجة الفرض من عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإنـــاث فــي معدلات النضج الإجتماعي بأن هذا قد يرجع إلى التحكم في متغير معدل الذكاء لأفراد العينـــة طبقاً لشروط إختيار العينة وهو من (٥٠-٧٠) بمقياس النضج الإجتماعي.

تـعـلـيـق:

أولاً:

قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) لدلالة الفروق للمجموعة الضابطة التي لم تتعرض لبرنامج التدخل المبكر وذلك فـ مجالات النمو المختلفة "الإدراكي، الحركي، التنشئة الإجتماعية، الرعاية الذاتية، اللغة" قبل وبعد البرنامج.

وفيما يلي جدول يوضح قيمة (ت) ودلالتها بالنسبة للمجموعة الضابطة في مجايت النمو المختلفة قبل وبعد البرنامج.

جدول (٩/٥) يوضح قيمة (ت) ودلالتها

للمجموعة الضابطة في مجالات النمو المختلفة

قبل وبعد البرنامج

ن= ٤٠

المتغير	قبل البرنامج		بعد البرنامج		قيمة ت	الدلالة
	المتوسط	الإنحراف المعياري	المتوسط	الإنحراف المعياري		
الإدراكي	٥٧,٩٧	١٨,٥٥	٤٧,٢٥	١٦,٤٧	٢,٧٣	دالة عند (٠١.)
الحركي	٦٧,٧٨	١٣,٥٠	٥٨,١٦	١٥,٧٨	٢,٩٢	دالة عند (٠١.)
التنشئة الإجتماعية	٧٢,٠٢	١٦,١٩	٦٢,٨٤	١٦,٨٣	٢,٤٨	دالة عند (٠٥.)
الرعاية الذاتية	٧٠,٨٦	١٧,٤٤	٥٨,٩٧	١٤,٠٢	٣,٣٦	دالة عند (٠١.)
اللغة	٣٩,٠٧	١٦,٩٦	٢٨,٥٢	١٤,٤٧	٢,٩٩	دالة عند (٠١.)

- ويتضح من الجدول السابق أن هناك فروق بين درجات المجموعة الضابطة قبل وبعد البرنامج فبالرغم من أن المجموعة الضابطة بدأت بمعدلات أعلى في مجالات النمو المختلفة إلا أن هذه الدرجات تدهورت بعد مرور الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية مما يدل على أهمية التدخل المبكر عن طريق البرنامج في إحداث تحسن في مجالات النمو المختلفة وما حققه البرنامج من نتائج جيدة مع أطفال المجموعة التجريبية مما يؤكد أهمية تدريب هؤلاء الأطفال في سن مبكرة عل مهارات النمو المختلفة وتنمية قدراتهم وهذا ما أكدته الدراسات والأبحاث المختلفة موضحة دور البيئة والتدريب في إكساب الطفل الخبرات المختلفة وأثرهم في تحسين قدرات الطفل ومهاراته.

- فالعوامل الإجتماعية والإقتصادية والثقافية للأسرة تلعب دوراً هاماً في النمو العقلي للطفل حيث أن درجة الرعاية والإثارة التي يتلقاها الطفل تؤثر بشكل كبير في النواحي العقلية والتكيفية للطفل، فالطفل الذي يحظى بإهتمام قليل من قبل الآخرين ولا يتوفر له ما يثير إهتمامه أو يساعه على الإستكشاف يتعلم أقل بكثير من الطفل الذي يتعرض للإثارة والرعاية كثيراً.

- وكلما كان الطفل أصغر سناً عند البدء معه ببرنامج يساعده على الإثارة وتدريب مهاراته وتنمية قدراته كلما كانت هناك فرصة أكثر للوصول بالطفل إلى مستوى قريب من المستوى الطبيعي.

- وتشير الدراسات إلى أن نسبة شيوع التأخر الذهني في المجتمعات الفقيرة أعلى منها في المجتمعات الغنية حيث أن إنخفاض المستوى المعيشي وسوء التغذية والحرمان الثقافي عوامل هامة تؤثر على القدرات العقلية للأطفال وقد فسر الباحثون نقص نسب ذكاء أطفال النساء المتأخرات ذهنياً بأنهن أمهات لا يستطعن تنمية مهارات أطفالهن وتدريبهم على مهارات النمو المختلفة ولا يمكنهن فهم إمكانيات وقدرات ومطالب أطفالهن مما يؤثر على تربية وتدريب الأطفال بشكل كبير.

- فالطفل ينمو ويتعلم من خلال تفاعله مع الناس والأشياء في بيئته وبناء على ذلك يمكن للوالدين تحسين مستوى نمو الطفل وتعلمه بتوفير بيئة داعمة تزود الطفل بالمكان والأدوات والفرص اللازمة للتعلم من خلال اللعب سواء في المنزل أو في الأماكن المتخصصة.

- ويستطيع الطفل أن يتعلم بشكل أفضل ويتحسن مستوى نموه عندما يشارك بفاعلية في عملية التعلم ومن الأهمية إعطاء الفرصة للطفل لبناء معرفته الذاتية من خلال الإستكشاف والتفاعل مع الأشياء والتقليد.

- ويجب هنا أن نؤكد على ضرورة شمولية برامج التدخل المبكر حيث أن مظاهر النمو العقلي والجسمي والإجتماعي والعاطفي مترابطة ومتداخلة فالتطور في أحد مظاهر النمو يؤثر على مظاهر النمو الأخرى.

- مما سبق يتضح لنا أهمية دور الوالدين في تنمية مهارات الطفل وتحسين قدراته لذلك فبرامج التدخل المبكر تركز على تطوير مهارات وقدرات الوالدين لمساعدة أطفالهم على النمو والتعلم وفقاً لما يعرف بالخطة الفردية لخدمة الأسرة من خلال فريق عمل متعدد التخصصات يعمل مع الأطفال وأسرهم طبقاً لخصائص كل طفل وحاجاته وحاجات أسرته والعمل على تلبيتها من خلال مناهج وأساليب مختلفة للتدخل المبكر تتفق والمرحلة العمرية التي يمر بها الطفل ومستوى قدراته وإمكانياته وحاجاته.

- وهنا نؤكد أن من أهم إحتياجات الطفل الإعتماد على النفس وممارسة الحياة الإجتماعية مما يساعد على تقبل الأسرة والمجتمع له والحصول على حقوقه كإنسان يعيش في المجتمع ولديه بعض القدرات والإمكانيات التي يجب أن تكتشف وتنمى وتستغل.

- ولا ننسى أهمية مساعدة الأسرة على تقبل الطفل بما هو عليه وبظروفه والتعرف على قدراته وإمكانياته والعمل على تنميتها والتعرف على إحتياجاته والعمل على تلبيتها وتهيئة الظروف الأسرية المناسبة لتدريب الطفل وتحسين مهاراته والتعامل مع المشكلات السلوكية المختلفة التي يمكن أن تظهر ومحاولة التغلب عليها.

ثانياً:

قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) لدلالة الفروق للمجموعة الضابطة التي لم تتعرض لبرنامج التدخل المبكر وذلك في معدلات النضج الإجتماعي قبل وبعد البرنامج.

وفيما يلي جدول يوضح قيمة (ت) ودلالتها بالنسبة للمجموعة الضابطة في معدلات النضج الإجتماعي قبل وبعد البرنامج.

جدول (٥/١٠) يوضح قيمة (ت) ودلالتها

للمجموعة الضابطة في معدلات النضج الإجتماعي

قبل وبعد البرنامج

ن= ٤٠

المتغير	قبل البرنامج		بعد البرنامج		قيمة ت	الدلالة
	المتوسط	الإنحراف المعياري	المتوسط	الإنحراف المعياري		
النضج الإجتماعي	٦٠,٣٠	٥,٢٠	٥٤,٣٥	٦,٣١	٤,٥٩	دالة عند (٠.٠١)

- ويتضح من الجدول السابق أن هناك فروق بين درجات المجموعة الضابطة قبل وبعد البرنامج حيث نلاحظ أن المجموعة الضابطة بدأت قبل البرنامج بمعدلات أعلى للنضج الإجتماعي وقد إنخفضت تلك المعدلات بعد الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية.

- مما سبق نتأكد أهمية برامج التدخل المبكر والتنبيه الذهني للأطفال المتأخرين ذهنياً ودورها الهام في تنمية قدراتهم ومهاراتهم، كما تتضح قوة برنامج بورتيدج للتربية المبكرة والنتائج الهامة التي حققها مع المجموعة التجريبية التي طبق عليها مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها البرنامج.

- فقد إنخفضت معدلات الذكاء لأطفال المجموعة الضابطة نتيجة عدم تعرضهم لأي تدريب أو تنبيه ذهني أو أي برنامج للتدخل المبكر مما يؤكد عل أهمية تدريب هؤلاء الأطفال من خلال برامج التدخل المبكر خاصة في المراحل العمرية المبكرة حيث يعتمد التدريب على التكرار وإعادة التدريب بالوسائل والأدوات المختلفة للوصول لأفضل النتائج.

- وقد أكدت الأبحاث أن الذاكرة بعيدة المدى لدى المتأخرين ذهنياً أفضل من الذاكرة قصيرة المدى حيث أن الذاكرة بعيدة المدى تتعلق بالقدرة على إسترجاع المعلومات والخبرات التي

يتكرر حدوثها أما الذاكرة قصيرة المدى فتتعلق بالقدرة على إسترجاع المعلومات والخبرات التي تحدث في فترة زمنية قصيرة مما يدل على أن المتأخرين ذهنياً لديهم القدرة على تذكر الخبرات والمعلومات التي يتكرر تعاملهم معها لفترة زمنية أطول أما الخبرات والمعلومات التي تمر عليهم بسرعة فإنهم يجدون صعوبة في تذكرها لذلك فالتدريب من خلال برامج التدخل المبكر يعتمد على تكرار التدريب على مهارات النمو المختلفة من خلال الوالدين والأخصائيين لتحسين مهارات وقدرات الطفل في مجالات النمو المختلفة مما يساعد على تحسين معدلات الذكاء لهؤلاء الأطفال.

نتائج الدراسة:-

١- توجد فروق دالة إحصائياً عند (٠.٠١) بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في مجالات النمو المختلفة لصالح التطبيق البعدي.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند (٠.٠١) بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي.

٣- توجد فروق دالة إحصائياً عند (٠.٠١) بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مجالات النمو المختلفة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً عند (٠.٠١) بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في بعض مجالات النمو وهي المجال الإدراكي، الحركي، التنشئة الإجتماعية، اللغة.

٦- توجد فروق دالة إحصائياً عند درجة (٠.٠٥) بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في مجال الرعاية الذاتية لصالح الإناث.

٧- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في معدلات النضج الإجتماعي للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج.

توصيات الدراسة:-

من خلال تناول الدراسة الحالية لبرنامج بورتيدج للتربية المبكـــرة والنتـــائج التـــي توصلت إليها يمكن أن تقترح الباحثة بعض التوصيات المرتبطة بهذا الموضوع:-

١-يجب أن تتاح الفرصة للمشاركة الفعالة للأسرة في برامج التدخل المبكر نظراً للتـأثير الفعال للوالدين في تعليم أبنائهم ولدور الهام في إكساب أطفالهم المهارات والسلوكيات المختلفة.

٢-تدريب أخصائي الفئات الخاصة على إستخدام برنامج بورتيدج مـــع الأطفـــال ذوي الإحتياجات الخاصة للحصول على أفضل النتائج للتدخل المبكر.

٣-إتاحة الفرصة للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة للتفاعل مـــع الأطفـــال الطبيعييـــن والإندماج في مؤسسات المجتمع الخاصة بهم في المراحل العمريه المختلفـــة تحـــت شروط خاصة.

٤-الإستفادة من المؤثرات البيئية المختلفة المحيطة بالطفل لمساعدته على تنمية قدراتـــه العقلية في سنوات الطفولة المبكرة.

٥-تحســـين الخدمات المقدمه لذوي الإحتياجات الخاصة وتســـهيل عمليـــات الإتصـــال والمشاركة بين المؤسسات المختلفة الخاصة بهم.

٦-عقد الندوات والمؤتمرات للأخصائيين العاملين في مجال الفئات الخاصة للتعرف على خصائص هذه الفئة وكيفية التعامل معهم وما يستجد من برامج خاصة بهم.

٧-عقد ندوات دورية لتوعية الأباء والأمهات والأفراد المتعـــاملين مـــع الأطفـــال ذوي الإحتياجات الخاصة والتعرف على مراحل النمو الطبيعي وغير الطبيعي في مرحلـــة الطفولة وإمكانيات وقدرات هؤلاء الأطفال.

٨-يجب أن تتضمن خدمات التدخل المبكر تقديم خدمات متكاملة طبية وإجتماعية ونفسية ...... إلخ للأطفال لمساعدتهم على تحسين جميع جوانب النمو.

البحوث المقترحة:-

١-مدى فاعلية برنامج بورتيدج للتربية المبكرة مع الأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

٢-مدى فاعلية برنامج بورتيدج للتربية المبكرة مع الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة ومتعددي الإعاقة.

٣-دراسة تتبعية للأطفال الحاصلين على رعاية مبكرة والتحقوا بالمراحل التعليمية المختلفة.

٤-تصميم برنامج للتدخل المبكر للأطفال الأوتيزم.

٥-تقييم دور مؤسسات رعاية التربية الخاصة.

٦-مدي نجاح أخصائي الفئات الخاصة في إستخدام برنامج بورتيدج للتدخل المبكر بأساليبه المختلفة.

٧-مدي نجاح برنامج بورتيدج في تعديل السلوك الغير سوي لدي الأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون.

٨-مدى تأثير العمر الزمني للأطفال عند إستخدام برنامج للتدخل المبكر.

المراجع

- المراجع العربية
- المراجع الأجنبية

المراجع العربيـــــة

١- أسماء السرسي (١٩٨٩):
تنمية بعض المفاهيم الرياضية في ضوء نظرية بياجية للنمو المعرفي لدى أطفال ما قبل المدرسة، رسالة دكتوراة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

٢- ألفت محمود نجيب يوسف (٢٠٠٠):
مستويات مشاركة الأمهات في البرامج التدريبية لأطفالهن المعاقين عقلياً والتغيرات التـــي لديهن ولدي أطفالهن، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شـــمس، القاهرة.

٣- بطرس حافظ بطرس (١٩٩٣):
أثر برنامج لتنمية بعض جوانب النشاط المعرفي والمـــهارات الإجتماعيـــة علـــى السـلوك التوافقي لدى أطفال ما قبل المدرسة، رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة عيـــت شـــمس، القاهرة.

٤- ترجمة المجموعة الإستشارية لنظم المعلومات والإدارة (٢٠٠١):
التعليم والإحتواء، شركة آى. إس. إم، القاهرة.

٥- جمال الخطيب، منى الحديدي (١٩٩٨):
التدخل المبكر، مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، دار الفكـــر للطباعـــة والنشـــر والتوزيع، عمان، الأردن، ط ١.

٦- جوزال عبد الرحيم (١٩٨١):
نمو السلوك الشخصي والإجتماعي لطفل الروضة في ضوء الأنشطة المنظمـــة بخطـــة العمـــل بوزارة التربية والتعليم، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس،القاهرة.

٧- خالد حامد محمد (١٩٩٧):
العلاقة بين الطرز الشكلية والإستجابه للتأهيل في متلازمــة داون، رســالة ماجســتير، معــهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

٨- روبرت . ج. مايرز (١٩٩٣) :
نحو بداية عادلة للأطفال ، مشروع الطفولة المبكرة والبيئة الأســرية، ورشــة المــوارد العربية للرعاية الصحية وتنمية المجتمع ، اليونسكو، قبرص.

٩- روبرت سولسو، ترجمة محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٠):
علم النفس المعرفي، مكتبة الأنجلو المصرية ، ط ٢، القاهرة.

١٠- زينب محمود شقير (١٩٩٩) :
سيكولوجية الفئات الخاصه والمعوقين ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة.

١١- زينب محمود شقير (٢٠٠٢) :
خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة ، ط١ ، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

١٢- سعدية محمد على بهادر (١٩٩٤):
المرجع في برامج أطفال ما قبل المدرسة، ط ٢، مطبعة المدني، القاهرة.

١٣- سعدية محمد على بهادر (١٩٩٦):
المرجع في برامج تربية طفل ما قبل المدرسة، ط ٢، الصدر لخدمات النشر، القاهرة.

١٤- سهير كامل أحمد (١٩٩٨):
التوجيه والإرشاد النفسي، مكتبة الأنجلو، القاهرة.

١٥- شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠) :
التدخل المبكر ، المؤتمر السنوي لكلية التربية ، جامعة المنصورة ، المنصورة ، إبريل.

١٦- شيرين صبحي صالح (٢٠٠٢):
فاعلية برنامج بورتيدج للتنمية الشاملة للطفولة المبكرة لزيادة معدل النمـو الإجتمـاعي لطفل ما قبل المدرسة، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

١٧- عادل الأشول (١٩٩٣) :
الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقليا، مجلة الإرشاد النفسي ، العدد الأول.

١٨- عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي (١٩٩٨):
الإعاقات الجسمية والصحية، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

١٩- عبد العزيز السرطاوي، عبد العزيز حسن أيوب (٢٠٠٠):
الإعاقة العقلية، مكتبة، الفلاح للنشر والتوزيع، ط ١.

٢٠- عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٥):
مقياس المستوى الإجتماعي الإقتصادي للأسرة، دليل المقياس، مكتبة الأنجلو المصريـــة، ط٢.

٢١- علاء الدين أحمد كفافي (١٩٩٩) :
الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة.

٢٢- فاروق محمد صادق (١٩٩٥) :
مرحلة الصدمة والأدوار المتوقعة للوالدين، بحوث ودراسات في التربية الخاصة، المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم، المجموعة ٢، ٣. أكتوبر.

٢٣- فتحي مصطفى الزيات (١٩٩٥):
الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات. دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، المنصورة، ط ١.

٢٤- كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٦):
مرجع في علم التخلف العقلي، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة، دار القلم، الكويت.

٢٥- لويس كامل مليكة (١٩٩٨):
الإعاقة العقلية والإضطرابات الإرتقائية، مطبعة فيكتور كيرلس، القاهرة.

٢٦- ليلى أحمد كرم الدين(١٩٩٤):
برنامج التنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم من أطفال مدارس التربية الفكرية، (الناشر غير موجود) القاهرة.

٢٧- مجدي صابرالدسوقي (٢٠٠٠):
دراسة تقويمية لبرامج الخدمة الإجتماعية بمدارس التربية الفكرية، رسالة دكتوراه، قسم الخدمة الإجتماعية، كلية التربية، جامعة الأزهر، القاهرة.

٢٨- محمد إبراهيم عبد الحميد (١٩٩٩):
تعليم الأنشطة والمهارات لدي الأطفال المعاقين عقلياً، ط١، دار الفكرالعربي، القاهرة.

٢٩- محمد جهاد جمل (٢٠٠٠):
العمليات الذهنية ومهارات التفكير من خلال عمليتي التعلم والتعليم، دارالكتاب الجامعي، العين، الإمارات.

٣٠- محمد محروس الشناوي (١٩٩٧):
التخلف العقلي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

٣١- مني سند (١٩٩٨):
التدخل المبكر، سلسلة دراسات وبحوث عن الطفل المصري، مركز دراســـات الطفولـــة، جامعة عين شمس، نوفمبر.

٣٢- مولى وايت وروبرت ج. كاميرون، ترجمة :سهام عبد السلام (١٩٩٣):
الدليل العلمي لبرنامج بورتيدج للتربية المبكرة (الطبعة المعربة التجريبية).

٣٣- نادية إبراهيم عبد القادر (٢٠٠٢):
فعالية إستخدام برنامج علاج معرفي سلوكي في تنمية الإنفعالات والعواطف لدي الأطفال المصابين بالتوحديه وآبائهم، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عيـــن شمس، القاهرة.

٣٤- نجدة إبراهيم علي سليمان (٢٠٠٢):
عمل الفريق وتقديم الخدمات العلاجية والتربوية المندمجة للأطفال المعوقين في التدخـــل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة، مجلة العلوم التربوية، معهد الدراسات التربوية.

٣٥- نجدة إبراهيم علي سليمان (٢٠٠٢):
معهد العلوم التربوية، مجلة العلوم التربوية، عدد خاص عن التربية الخاصة.

٣٦- نجوى الصاوى أحمد بدر (٢٠٠١):
أثر برنامج لتنمية مهارات عمليات العلم عند الأطفال في مرحلة الرياض، رسالة دكتـوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

٣٧- نجوي عبد المجيد محمد (١٩٩٨):
دورة تدريبية في الوراثة والتدخل المبكر للطفل المنغولي، المركز القومي للبحوث، قسم الوراثة البشرية، القاهرة.

٣٨- نجوي عبد المجيد محمد (١٩٩٩):
الوراثة والتدخل المبكر مع الطفل المنغولي، مجلة أخبار المركز القومي للبحوث، المركز القومي للبحوث، القاهرة.

٣٩- نجوي عبد المجيد محمد (١٩٩٩):
مساعدة الأطفال المصابين بمتلازمة داون، خدمة برنامج التدخل المبكر في مصر، المركز القومي للبحوث، قسم الوراثة البشرية.

٤٠- نجوي عبد المجيد محمد (٢٠٠٠):
المرأة والطفل، زواج المعاق ذهنياً، جريدة الأهرام، القاهرة.

٤١- هيام محمد أبو الفتوح (١٩٩٨):
تصميم برنامج لتنمية الإنتماء الديني لأطفال المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

٤٢- وزارة التربية والتعليم (١٩٩٧):
المعجم الوجيز، القاهرة، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية.

٤٣- وزارة التربية والتعليم (١٩٩٩):
برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، الدليل العملي.

٤٤- وزارة التربية والتعليم (١٩٩٩):
دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، إرشادات الاستخدام.

المراجـع الأجنبيــــة

1- **Baccichetti C, Lenzini E, Pegoraro R (1990):**
Down syndrome in the Belluno district (Veneto region, Northeast Italy): Age distribution and morbidity. Am. J. Med. Genet. 7: pp. 84-86.

2- **Bailey, D.B. Jr. McWilliam, R.A. Busse, V. and Wesley, P.W. (1998):**
Inclusion in context of competing values in early childhood education' Early Childhood Research Quarterly vol. 13, no.1. pp. 27-47.

3- **Bailey, D., Simeonsson, R., Yoder, D., & Huntington, G. (1990):**
Preparing professionals to serve infants and toddlers with handicaps and their families. Exceptional children, 57, pp. 26-35.

4- **Baraitser and Winter RM (Eds.) (1996):**
Chromosomal disorders. In "Color Atlas of congenital malformation syndromes", pp. 1-2. Londone: Mosby-Wolfe.

5- **Baumeister, A.A., & Bacharach, V.R. (1996):**
Acritical analysis of the infant health and development program. Intelligence, 23, pp. 79-104.

6- **Bennett, T., De Luca, D. and Bruns, B. (1997):**
Putting inclusion into practice : "Perspectives of teachers and parents." Exceptional children vol. 64, no.1, pp. 31-115.

7- **Berglund E, Eriksson M, Johansson I, (2001):**
Parental reports of spoken language skills in children with Down syndrome.

8- **Bradtkorb E (1994):**
The diversity of epilepsy in adults with severe developmental Disabilities: Age at seizure onset and other progostic factors. Sezure 3 (4):pp. 277-285.

9- **Buysse, V., & Bailey, D.B. (1993):**
Behavioral and developmental outcomes in young children with disabilities in integrated and segregated settings: Areview of comparative studies. Journal of special education, 26 (4), pp. 434-461.

10- **Buysse, v., Wesley, P.W. and Keyes, L. (1998):**
Implementing early childhood inclusion: barrier and support factors. " Early childhood " Research quarterly Vol. 13. No. 1.pp. 84 – 169.

11- **Caycho L, Gunn P, Sigal M (1991):**
Counting by children with Down syndrome. Am. J. Mental Retardation. 95, pp. 575-853.

12- **Champion P, Lawson R (1996):**
Developmental competence in children with Down syndrome: Two part study. Brit. J. Devel. Disabl. 83, pp. 112-124.

13- **Chapman, R.S. (1995):**
Language development in children and adolescents with Down syndrome. Inp. Fletcher & B. Mac Whinney (Eds.), Handbook of child language. pp. 641-663. Oxford, England: Black Well publishers.

14- **Cicchetti, D., & Beeghly, M (1990):**
An organizational approach to the study of Down syndrome: Contributions to an integrative theory of development. In D. cicchetti & M. Beeghly (Eds.), Children with Down syndrome: Adevelopmental persepctive. pp. 29-62. Cambridge, England: Cambridge university press.

15- **Connolly, B.H., Morgan, S.B., Russell, E.F., aqnd Fulliton, W.L. (1993):**
Alongitudinal study of children with Down syndrome who experienced early programming. Physicaltherapy, 73, pp. 170-181.

16- **Dalton, A.J. (1992):**
Dementia in Down syndrome: methods of evaluation. In Nadel, Epstein cJ (Eds.): "Alzheimer disease and Down syndrome, pp. 51- 79. New youk: Wiley-Liss.

17- **Dalton, A.J. (1995):**
Alzheimer disease: A health risk of growing older with Down syndrome. In Nadel. L, Rosenthal D (Eds.): "Down syndrome: Living and learning in the community". pp. 58-64. New youk. Wiley Liss.

18- **Dalton, M.E., & De Cherney, A.H. (1993):**
Prenatal diagnosis. New England Journal of Medicine, 328, pp. 114-118.

19- **De Grouchy J, Turleauc (1990):**
Autosomal disorders. In Emery AEH, Rimoin DL (Eds.): "Principles and practice of medical genetics" (vol. 2), pp. 247-225. Edinburgh, London, Melbourne, New youk: Churchill Livingstone.

20- **Detterman, D.K., & Thompson, L.A. (1997):**
What is special about special education? American psychologist, 52, pp. 1082-1090.

21- **Dinnebil, L. A., Mclnerney, W., Fox, C. and Juchartz-Pendry, K. (1998) :**
An analysis of the perception and characteristics of childcare personnel regarding inclusion of young children with special weeds in community-based programs' Topics in early childhood special education vol.18, no.2, pp. 28-118.

22- **Dunst, C.J. (1990):**
Sensorimotor development of infants with Down syndrome. In D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), Children with Down syndrome: A developmental perspective. Pp. 180-230. Cambridge, England: Cambridge University Press.

23- **Dykens, E.M., Hodapp, R.M. & Evans, D.W. (1994):**
Profiles and development of adaptive behavior in children with Down syndrome. American Journal on Mental Retardation, 98, pp. 580-1090.

24- **Dykens, E.M., & Kasari, C. (1997):**
Maladaptive behavior in children with Prader-Willi syndrome- Down syndrome, and nonspecific mental retardation. American Journal on Mental Retardation, 102, pp. 228-237.

25- **Fewell, A. & Rebecca (1996):-**
Program evaluation findings of an intensive early intervention program Debbie Inst, Miami, fl, V.S.A. American Journal on Mental Retardation, Vol. (101) N (3) pp. 233 – 243.

26- **Fox, L. Hanline. M., Vailc., & Galant. K. (1994)**
Developmentally appropriate practice: Applications for young children with disabilities. Journal of Early Intervention, 18 (3), pp. 243 – 257.

27- **Graham Greene, (1995):**
Long – term, out comes of early childhood programs analysis and recommendation the future of children, vol, 5, no, 3 winter.

28- **Guralnick, M. J. (1990):**
Major accomplishments an future directions in early childhood mainstreaming. Topicsin early childhood special Education. 10, 1 – 17.

29- **Guralnick, M. J. (1991):**
The Next decade of research on the effectiveness of early intervention. Exceptional children, 58 (2), pp. 174-183.

30- **Guralnick, M. J. (1993):**
Second generation research on the effectiveness of early intervention. Early education and development, 4, pp. 366-378.

31- **Haslam, RHA (1995):**
Neurological problems associated with Down syndrome. In Nadel L, Rosenthal D (Eds.) : "Down syndrome: Living and learning in the community", pp. 223-229. New youk. Wiley Liss.

32- **Haward. A. (1992):**
Mental Retardation.(In) Raymond & J.corsini (ed): Encyclopedia of Psychology, vol (2) N (5) pp. 1-99.

33- **Herwing, Julia, (1993):**
Portage multi – state outreach project, final report cooperative educational service agency 5 portage w 1117, nov.

34- **Hayden, A., & Pious, C. (1997):**
The case for early intervention. In R. York & E. Edgar(Eds.), Teaching the severely handicapped, Seattle: American association for the severely/profoundly.

35- **Hayes, A., & Batshaw, M.L. (1993):**
Down syndrome. Pediatric clinics of North America, 40, pp. 523-535.

36- **Helen Bee. (1995):**
The Developing Child- seventh edition, Harper Collins College, New youk, p. 52.

37- **Hernandez, D., and Fisher. EMC, (1996):**
Down's syndrome Genetics: Unraveling a Maltifiactorial Disorder. Human Molecular Genetics. Vol. 5: pp. 1411-1416.

38- **Hopmann, M.R., & Nothnagle, M.B. (1994)**
Early vocabulary of normal and developmentally deleted infants: A longitudinal perspective. Poster session presented at the annual meeting of the society for pediatric research, Seattle.

39- **Lauras B, Gautheron V, Minalre P, De Fremin Ville B (1995):**
Early interdisciplinary specialized car of children with Down syndrome. In Nadel L, Rosenthal D (Eds.): "Down syndrome: Living and learning in the community," pp. 207-212.

40- Lee, P. (1993):
The development of early language and object knowledge in young children with mental handicaps. Early child developmental and care. Vol (6) N (8) pp. 58-103.

41- Mahoney G, Robinson C, Fewell R R, 2001:
The effects of early motor intervention on children with Down syndrome or Cerebal palsy: a field – based study.

42- Manion IG (1995):
Understanding behavior in its developmental context. In Nadel L, Rosenthal D (Eds.): "Down syndrome: Living and learning in the community," pp. 29-36. New york: Wiley- Liss.

34- Marfo, K. (1990):
Maternal directivness in interactions with mentally handicapped children: An analtical commentary. Journal of child psychology and psychiatry, 31, pp. 531-549.

44- Mastsumoto N, Niikawa N, Mikawa M (1995):
Letter to the editor: confirmation of Down syndrome critical region by FISH analysis in a patient with add, (21) (p 11). Am. J. of Med. Genet. 59: 521-522.

45- Mc collum, J., Rowan, L., & Thorp, E. (1994):
Philosophy as training in infancy personnel preparation. Journal of early intervention, 18, 216-226.

46- Mc Donnell, J.M., Hardman, M.L., Mc Donnell, A.P. and Kiefer-O Donnell, R. (1995):
Introduction to persons with severe disabilities. Boston: Allyn and Bacon. P. 107.

47- Mc William. R.A. (1996):
Rething pul-out services in early intervention. A professional resource. Paul H. Brookes publishing. Co. London. P. 185.

48- Mc William, R.A. (1999):
Rething pul- out services in early intervention. A professional resource. Paul H. Bookes publishing. Co. London. p.22.

49- Meisels SJ, Dichtelmille M, Liw FR (1993):
Amultidimensional analysis of childhood intervention programs. In Zeanah C (Eds.), "Handbook of infant mental health", pp. 361-386. New york: The guildford press.

50- **Michael J. Guralnick. (1997):**
The effectiveness of early intervention for children with Down syndrome, Paul H. Brookes publishing company, pp. 1-26.

51- **Michael Hersen & Rober. T. Amerman (2000):**
Advanced abnormal child psychology, Lawrence Erlbaum Associates, p. 341.

52- **Mikkelsen M (1981):**
Epidemiology of trisomy 21: Population, peri and antenatal data. In Burgio GR, Fraccaro M, Tiepolo L, Walf U (Eds.): "Trisomy 21, " pp. 211-226. Springer, Verlog.

53- **Mikkelsen M, Poulsen H, Nielsen KG (1990):**
Incidence, survival and mortality in Down syndrome in Denmark. Am. J. Med. Genet. (suppl) 7: pp. 75-82.

54- **Miller, J. J. (1992):**
Development of speech and language in children with Down syndrome. In.. 1. T. Lott & E.E. Mc Coy (Eds.), Down syndrome: Advances in medical care, pp. 39-50. New york: Wiley- Liss.

55- **Minihan PM, Dean DH, Lyon CM (1993):**
Managing the care of patients with mental retardation: A survey of physicians. Ment. Retard. 31 (4): 239-246.

56- **Nadel L (1995):**
Neural and cognitive development in Down syndrome. In Nadel L, Rosenthal D (Eds.): "Down syndrome: Living and learning in the community." pp. 107-114. New york: Wiley- Liss.

57- **Nagwa Meguid, Hanan Afifi, Samira Ismail, Randa Bassuoni. (1999:(**
Assessment of Children with Down syndrome Attending Early Intervention Program in Egypt, Third World Organization for Women in Science (Twows), (1999):
Proceedings of the second general assembly and international Conference: women, science and technology for suitable development. 8-11 February, Cape Town, South Africa

58- **Napolitano G, Satta M A, Neri G, Monaco F (1990):**
Growth delay in Down syndrome and Zinc sulfate supplementation. Am. J. of Med. Genet. (supple). 7: 63-65.

59- O'Brien J (1994):
Down stairs that are never your own: supporting people with developmental disabilities in their own homes. Mental retardation. 32 (1): 1-6.

60- **Palisano R J, Walter SD, Russell DJ, Rosenbaum PL, Gemus Galuppi BE, Cunningham L. (2001):**
Cross motor function of children with Down syndrome creation of motor growth curves.

61- **Patricia C. Winders P T, (1999):**
why physical therapy in Down syndrome, Pat Winders, Holland. pp. 2-4.

62- **Pitetti KH, Climstein M, Campbell kd (1992):**
The cardiovascular capacities of adults with Down syndrome: 2 comparative study. Medical Science and Sports Exercise 24: 13-19.

63- **Pozzan G B, Rigon F, Girelli ME, Rubello D, Busnard B, Baccihettic. (1990):**
Thyroid function in patients with Down syndrome: Preliminary results from non-institutionalized patients in the veneto region. Am. J. of Med. Genetic. (supple). 7: pp. 57-58.

64- **Pueschel SM (1990):**
Clinical aspects of Down syndrome from infancy to adulthood. Am. J. of Med. Genetics (supple). 7: 52-56.

65- **Pueschel SM, Bernier JC, Pezzullo JC (1991):**
Behavioral observation in children with Down's syndrome. J. Ment. Defic. Resp. 35: pp. 502-511.

66- **Pueschel SM, Louis S, Mc Knight P (1991):**
Seizures disorders in Down syndrome. Arch. Neurol. 48. pp. 318-320.

67- **Pueschel SM (1995):**
Musculoskeletal disorders in persons with Down syndrome. In Nadel, Resenthal D (Eds.): "Down syndrome: Living and learning in the community", pp. 216-222. New york: Wiley- Liss.

68- **Rasore- Quartion and cominetti (1995):**
Clinical follow-up og adolescents and adults with Down syndrome. In Nadel L, Rosenthal D (Eds.), "Down syndrome: Living and learning in the community". pp. 238-246. New york: Wiley- Liss.

69- **Rondal JA (1995):**
Perspective on grammatical development in Down syndrome. In Nadel L, Rosenthal D (Eds.): "Down syndrome: Living and learning in the community". pp. 132-135. New york: Wiley- Liss.

70- **Sadler MA (1996):**
Antenatal screening for Down syndrome. Postgraduate Doctor Middle East 19 (1): 20-24.

71- **Samual A. Kirk, James J. Gallagher, Nicholas J. Anastasiow. (1993):**
Educating exceptional children, Houghton Miffin company, p.85.

72- **Scheerer, C. R. (1992):**
Perspectives on an oral motor activity: The use of rubber tubing as a "chewy". The American Journal of occupational therapy, 46. 344-352.

73- **Schwab WE (1995):**
Adolescence and young adulthood: Issues in medical care, sexuality, and community living. In Nadel L, Rosenthal D (Eds.): "Down syndrome: Living and learning in the community", pp. 230-237. New york: Wiley- Liss.

74- **Shen JJ, William BJ, Zipursky A, Doyle J, Sherman SL, Jacobs PA, Shugar AL, Soukup SW, Hassold TJ (1995):**
Cytogenetic and molecular studies of Down syndrome individuals with Leukemia. Am. J. Hum. Genet. 56: pp. 915-925.

75- **Shonkoff, J. P., Hauser-Cram, P., Krauss, M.W., Upshur, C.C. (1992):**
Development of infants with disabilities and their families. Monographs of the society for research in child development, 57 (Serial N. 230). pp. 21-22.

76- **Shonkoff, J., Meisels, S. (1991):**
Defining eligibility criteria for services under. P.L. 57-99. Journal of early intervention 15, pp. 21-25.

77- **Snjders R, Holzegreve W, Cuckle H, Nicolaides K. (1994):**
Maternal age- specific reisks for trisomies at 9-12 weeks questation. Prenat. Diag. 14: pp. 543-552.

78- **Stayton, v., & Johnson, L. (1990):**
Personnel preparation in early childhood special education. Journal of early intervention, 14, pp. 352-353.

79- **Strafstrom CE, Patxot OF, Gilmore HE, Wisniewski KE. (1991):**
Seizuresin children with Down syndrome: Etiology, characteristics and outcome. Dev. Child. Neurol. 33: pp. 191-200.

80- **Tumbull, A.P., Tumbull, H.R., & Blue Baning, M. (1994):**
Enhancing inclusion of toddelers with disabilities and their families: A theoritical. And programatic analysis. Infants and young children, 7 (2), pp. 1-14.

81- **Ulrich DA, Ulrich BD, Angulo-Kinzler RM, Yun J. (2001):**
Treadmill training of infants with Down syndrome: evidence based developmental outcomes.

82- **Wang Wy, Ju yH, (2002):**
Promoting balance and jumping skills in children with Down syndrome.

83- **Werner D (1994):**
Disabled village children: "A guide community Health workers, Rehabilitation workers and Families, pp. 277-282. U.S.A: The Hesperian Foundation.

84- **Wishart, J.G. (1995):**
Cognitive abilities in children with Down syndrome: Developmental instability and motivational deficits. In. C. Epstein, T. Hassold, I.T. Lott, L. Nadel, & D. Patterson (Eds.), Etiology and Pathogenesis of Down syndrome, pp. 57-92. New york: John Wiley & Sons.

85- **www. Eurlyaid net.**
What is early intervention.(2001)

86- **www.ncbi.nlm.nih.gov:80**
Alain Verloes , Yves Gillerot, Lionel Van Maldergem, Roland Schoos, Christian Herens, Mauricette Jamar, Vinciane Dideberg, Sylviane Lesenfants and Lucien Koulis-cher. (2001):
Major decrease in the incidence of trisomy 21 at birth in South Belgium: mass impact of triple test?, Macmillan publishers.

87- **www.ncbi.nlm.nih.gov:80**
Berglund E, Eriksson M, Johansson I, (2001):
Parental reports of spoken language skills in children with Down syndrome.

88- www.ncbi.nlm.nih.gov:80
Hauser-Cramp, Hauser-Cram P, Warfield ME, Shonkoff JP, Krauss MW, Saye Upshur CC. (2001):
Children with disabilities: a longitudinal study of child development and parent well-being.

89- www.ncbi.nlm.nih.gov:80
Mahoney G, Robinson C, Fewell R R,(2001):
The effects of early motor intervention on children with Down syndrome or Cerebal palsy: a field – based study.

90- www. ds-health.com
Len Leshin, MD, Faap, (2002):
Down syndrome: Frequently asked question

91- www. Kidsource.com
What is early intervention, (2000)

92- www. Natural.com
European Journal of Human Genetics, (2001)

93- www.np.edu.sg
Holdeman Shelley Rogina, (1997):
Down's syndrome.

94- www.Portage.org.
National Portage Association, The Portage Project,(2003)

95- www.Secc. Rti. Org.
Facts About Down syndrome ,(2002)

96- www. Thearc.org.
Down syndrome (1990)

97- www. The Lissencephaly Network Inc.
Early childhood intervention ,(2001)

98- Zigman, W., Schupf, N., Haveman, M., Silverman, W. (1997):
The epidemiology of Alzheimer disease in intellectual disability:
Results and recommendation from an international conference.
Journal of intellectual disability research, 41, pp. 76-80.

الملاحق

ملحق رقم (١)

دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة

"بورتيدج"

معلومات عن الطفل

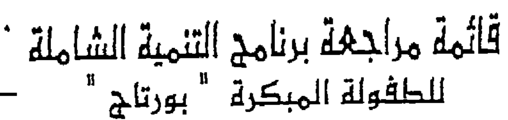
قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"

عمر الطفل	الأداء	تاريخ الإنجاز	تعليقات

تستخدم الكلمات العامية الدارجة الموضوعة مع الأطفال

وزارة التربية والتعليم - مصر ١٩٩٩

معلومات عن الطفل



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة " بورتاج "

عمر الطفل	الأداء	تاريخ الإنجاز	تعليقات





تستخدم الكلمات العامية الدارجة الموضوعة مع الأطفال



وزارة التربية والتعليم . مصر ١٩٩٩



قائمه مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
الرضيع	١	نمو بصرى عام (تحت ستة أسابيع).		/ /	
	٢	نمو بصرى عام (ستة أسابيع فأكثر).		/ /	
	٣	إستثارة لسية عامة (تحت ستة أسابيع).		/ /	
	٤	إستثارة لسية عامة (ستة أسابيع فأكثر) .		/ /	
	٥	نمو سمعى عام (تحت ستة أسابيع).		/ /	
	٦	نمو سمعى عام (ستة أسابيع فأكثر) .		/ /	
	٧	يمص .		/ /	
	٨	يحرك رأسه للجنب عندما يكون راقداً على ظهره.		/ /	
	٩	يفتح فمه ليستقبل زجاجة الرضاعة أو الثدى عندما تلمس الحلمة فمه.		/ /	
	١٠	يبين حساسية للتلامس الجسدى بأن يهدأ أو يبكى أو يحرك جسمه.		/ /	
	١١	يدير رأسه تجاه الحلمة عند لمس خده.		/ /	
	١٢	ينظر فى إتجاه الصوت أو يغير حركة جسمه إستجابة للصوت.		/ /	
	١٣	ينظر إلى شخص يحاول أن يجذب إنتباهه بالحديث أو الحركة .		/ /	
	١٤	يهدأ أو يغير حركة جسمه إستجابة لوجود شخص .		/ /	
	١٥	يبدى إستجابة لصوت الشخص الكبير بتحريك الجسم أو بتوقف البكاء.		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	١٦	يرفع رأسه ويبقيها مرفوعة للحظة عند حمله ورأسه مستنداً إلى الكتف .		/ /	
	١٧	يبكى بكاءاً مختلفاً بإختلاف ما يضايقه.		/ /	
	١٨	ينام فى الأوقات المناسبة .		/ /	
	١٩	يدفع ذراعيه عشوائياً .		/ /	
	٢٠	يتتبع شيئاً بعينيه عند تحريكه ماراً بمنتصف جسمه.		/ /	
	٢١	يبتسم .		/ /	
	٢٢	يتتبع الضوء بعينيه ويدير رأسه .		/ /	
	٢٣	يتتبع الصوت بتحريك رأسه .		/ /	
	٢٤	ينظر إلى يده .		/ /	
	٢٥	يضرب بقدميه (يرفس)بقوة عندما يكون راقداً على ظهره .		/ /	
	٢٦	يفتح فمه ويبدأ المص قبل أن تلمس الحلمة فمه .		/ /	
	٢٧	يستمر فى التواصل البصرى لمدة ٣ثوان.		/ /	
	٢٨	يحرك رأسه عندما يرقد على بطنه لأعلى ولأسفل وإلى الجانبين.		/ /	
	٢٩	يحاول ضرب أشياء بيده.		/ /	
	٣٠	يحتفظ برأسه مرفوعاً عندما يكون راقداً على بطنه لمدة ٥ ثوان .		/ /	





نمو الرضيع

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	٣١	يتتبع الشئ على مدى ١٨٠°.		/ /	
	٣٢	يبحث عن الصوت بالإلتفات برأسه فى إتجاه الصوت .		/ /	
	٣٣	يتحكم فى رأسه وكتفيه أثناء جلوسه مستنداً إلى الوسادة.		/ /	
	٣٤	يناغى عندما يكون مسروراً .		/ /	
	٣٥	يصل إلى الشئ ويحاول الإمساك به .		/ /	
	٣٦	يحافظ على رأسه منتصبة وثابتة أثناء حمله رأسياً.		/ /	
	٣٧	يمسك شيئاً براحة يده لمدة ٣٠ ثانية ثم يطلقه لا إرادياً .		/ /	
	٣٨	يعيد الأصوات التى يصدرها .		/ /	
	٣٩	يحافظ على رأسه وصدره منتصبين أثناء رقاده على بطنه مع السند على ساعديه .		/ /	
	٤٠	يفتح فمه عندما يرى ملعقة مملوءة بالطعام .		/ /	
	٤١	يضحك .		/ /	
	٤٢	يبدى تمييزه لأفراد العائلة بالإبتسام أو التوقف عن البكاء.		/ /	
	٤٣	يحاول التقلب بإستخدام الكتفين .		/ /	
	٤٤	يحرك إبهامه فى مقابل الأصابع الأربعة الأخرى .		/ /	
	٤٥	يناغى (سلسلة من المقاطع) .		/ /	



العمر	بطاقة	الأداء	سلوك بدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
صفر-١	١	يرقب شخصا يتحرك أمام بصره مباشرة.		/ /	
	٢	يبتسم إستجابة لإهتمام شخص كبير.		/ /	
	٣	يصدر أصوات إستجابة للإهتمام به أو الإنتباه إليه .		/ /	
	٤	ينظر إلى يديه وكثيراً ما يبتسم أو يصدر أصواتاً .		/ /	
	٥	يستجيب لوجوده فى محيط العائلة بالإبتسام أو إصدار أصوات أو بالكف عن البكاء.		/ /	
	٦	يبتسم إستجابة لتعبيرات وجوه الآخرين .		/ /	
	٧	يبتسم ويصدر أصواتاً لصورته بالمرآة .		/ /	
	٨	يربت على قسمات وجه الشخص البالغ ويجذبها (الشعر، الأنف، النظارة، الخ).		/ /	
	٩	يمد ذراعه إلى شئ يُقدم له .		/ /	
	١٠	يمد ذراعيه إلى شخص مألوف له .		/ /	
	١١	يمد ذراعيه إلى صورته بالمرآة أو صورة طفل آخر و يربت عليه .		/ /	
	١٢	يمسك ويتفحص شيئاً ما مقدماً له لمدة دقيقة على الأقل .		/ /	
	١٣	يهز أو يضغط على شئ موضوع فى يده ويصدر به أصواتاً عن غير قصد .		/ /	
	١٤	يلعب بدون إشراف لمده ١٠ دقائق .		/ /	
	١٥	كثيراً ما ينشد الإتصال البصرى عند الإنتباه إليه لمده ٢-٣ دقائق .		/ /	
	١٦	يلعب بمفرده مستمتعاً لمدة ١٥-٢٠ دقيقة بجوار شخص كبير يمارس نشاطه .		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	١٧	يصدر أصواتاً ليجذب الإنتباه .		/ /	
	١٨	يقلد لعبة "بخ" أو "عاوو" .		/ /	
	١٩	يصفق بيديه (يصقف سوسه) مقلداً الكبار .		/ /	
	٢٠	يلوح بيديه (باى باى) مقلداً الكبار.		/ /	
	٢١	يرفع ذراعيه مقلداً الكبار للتعبير عن كبير قوى (أد كده) بالتعبير الحركى .		/ /	
	٢٢	يقدم لعبة أو شئ أو قطعة طعام لشخص كبير ولكنه لايتخلى عنها فى كل الأحيان.		/ /	
	٢٣	يحتضن أو يربت على أو يُقبل الأشخاص المألوفين .		/ /	
	٢٤	يستجيب لنداء إسمه بالنظر أو رفع يديه رغبة فى أن يُحمل .		/ /	
	٢٥	يضغط على اللعبة أو يهزها مقلداً الكبار ليحدث صوتاً .		/ /	
	٢٦	يتناول لعبة أو شيئاً بيديه ويحرك أجزائه .		/ /	
	٢٧	يقدم لعبة أو شيئاً للكبير ويتركها له .		/ /	
	٢٨	يقلد حركات طفل آخر أثناء اللعب .		/ /	
١-٢	٢٩	يقلد الكبير فى الأعمال البسيطة (يحاول إستخدام المكنسة ، شد ملاية السرير ، يضع الملابس فى السلة) .		/ /	
	٣٠	يلعب بجوار طفل آخر و كل منهما يمارس أنشطة منفصلة .		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "



العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	٣١	يشارك فى لعبة مثل دفع السيارة أو دحرجة الكرة مع طفل آخر لمدة تتراوح ما بين ٢- ٥ دقائق .		/ /	
	٣٢	يتقبل غياب والديه بالإستمرار فى الأنشطة وقد يبدى إحتجاجه للحظة .		/ /	
	٣٣	يستكشف بيئته بنشاط .		/ /	
	٣٤	يشارك مع شخص آخر فى الألعاب اليدوية (يشد الحبل - ويدير المقبض) .		/ /	
	٣٥	يحتضن ويحمل العروسة أو أى لعبة طرية .		/ /	
	٣٦	يكرر الأفعال التى تثير ضحك الآخرين وإنتباههم .		/ /	
	٣٧	يعطى كتاباً لشخص كبير ليقرأه له أو يشاركه تصفحه .		/ /	
	٣٨	يجذب شخصاً آخر ليريه عملاً أو شيئاً ما .		/ /	
	٣٩	يسحب يده قائلا " لا ....لا " عندما يقترب من شئ ممنوع مع تذكيره بذلك .		/ /	
	٤٠	ينتظر تلبية احتياجاته عندما يوضع على كرس الاطفال لإطعامه أو الطاولة لتغيير ملابسه .		/ /	
	٤١	يلعب بجوار ٢-٣ من أقرانه .		/ /	
	٤٢	يشارك شيئاً أو طعاماً مع طفل آخر عندما يطلب منه ذلك .		/ /	
	٤٣	يحيى أقرانه أو أشخاصاً مألوفين له عند تذكيره.		/ /	
٢-٣	٤٤	يتعاون مع طلبات الوالدين ٥٠ ٪ من الوقت .		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	٤٥	عند إعطائه التعليمات ذاته يحضر شيئاً أو شخصاً من حجرة أخرى أو ينقله إليها.		/ /	
	٤٦	ينصت للموسيقى أو القصص لمدة تتراوح ما بين ٥-١٠ دقائق.		/ /	
	٤٧	يقول " من فضلك" أو "ممكن" و "شكراً" عند تذكيره.		/ /	
	٤٨	يحاول مساعدة والديه فى الأعمال بالمشاركة فى جزء منها (الإمساك بجاروف المكنسة).		/ /	
	٤٩	يلعب لعبة ارتداء ملابس الكبار		/ /	
	٥٠	يقوم بالإختيار عند ما يطلب منه ذلك.		/ /	
	٥١	يظهر تفهمه للمشاعر بالتعبير اللفظى عن الحب، الغضب، الحزن، السعادة..إلخ.		/ /	
٣-٤	٥٢	يغنى ويرقص على نغمات الموسيقى.		/ /	
	٥٣	يتبع القواعد بتقليد أفعال الأطفال الآخرين.		/ /	
	٥٤	يحيى الكبار المألوفين له دون تذكيره.		/ /	
	٥٥	يتبع القواعد فى الألعاب الجماعية التى يقودها شخص كبير.		/ /	
	٥٦	يطلب الإذن لإستخدام لعبة يلعب بها أقرانه.		/ /	
	٥٧	يقول " من فضلك " أو " ممكن " و"شكراً" دون تذكيره ٥٠ ٪ من الوقت.		/ /	
	٥٨	يرد على المكالمات التليفونية وينادى على شخص كبير أو يتحدث مع شخص مألوف له.		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	٥٩	يأخذ دوره (ينتظر دوره).		/ /	
	٦٠	يتبع القواعد فى الألعاب الجماعية التى يقودها طفل أكبر منه سناً.		/ /	
	٦١	يتعاون مع طلبات الكبار ٥٠ ٪ من الوقت.		/ /	
	٦٢	يبقى فى المساحة المخصصة للعب بإشراف شخص كبير خارج البيت.		/ /	
	٦٣	يلعب بالقرب من أطفال آخرين ويتحدث معهم أثناء قيامه بعمل معين (لمدة ٣٠ دقيقة).		/ /	
٤-٥	٦٤	يطلب المساعدة عندما يواجه صعوبة (فى الحمام أو فى الحصول على ماء).		/ /	
	٦٥	يشارك فى حديث الكبار.		/ /	
	٦٦	يردد الأناشيد أو الأغانى أو يرقص للآخرين.		/ /	
	٦٧	يعمل منفرداً فى مهمة لمدة ٢٠ - ٣٠ دقيقة.		/ /	
	٦٨	يعتذر بدون تذكيره ٥٠ ٪ من الوقت.		/ /	
	٦٩	يأخذ دوره مع ٨ - ٩ أطفال آخرين.		/ /	
	٧٠	يلعب مع طفلين أو ثلاثة لمدة ٢٠ دقيقة فى نشاط تعاونى (مشروع أو لعبة).		/ /	
	٧١	يتصرف عادة بطريقة مقبولة اجتماعياً.		/ /	
	٧٢	يطلب الإذن لإستخدام أشياء تخص الآخرين ٧٥ ٪ من الوقت.		/ /	
٥-٦	٧٣	يعبر عن مشاعره الخاصة : غضب، سعادة، حب.		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

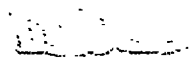
العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	٧٤	يلعب مع ٤-٥ أطفال فى نشاط تعاونى دون إشراف دائم .		/ /	
	٧٥	يشرح قواعد لعبة أو نشاط للآخرين .		/ /	
	٧٦	يقلد أدوار الكبار.		/ /	
	٧٧	يشترك فى الحوار أثناء لقائه مع الأسرة .		/ /	
	٧٨	يتبع قواعد لعبة لفظية تتطلب التفكير (مثل "عروستى") .		/ /	
	٧٩	يواسى زملاء اللعب فى وقت الضيق .		/ /	
	٨٠	يختار أصدقاءه .		/ /	
	٨١	يخطط ويبنى باستخدام أدوات بسيطة (سطح سائل ، عتلة ، رافعة ، بكرة) .		/ /	
	٨٢	يحدد أهدافاً لنفسه ويقوم بالنشاط المناسب .		/ /	
	٨٣	يمثل أجزاء من قصة ما ويؤدى دوراً أو يستعمل العرائس للعب .		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	ملاحظات
صفر-١	١	يكرر صوتاً يسمعه من الآخرين .		/ /	
	٢	يكرر مقطع مرتين أو ثلاث مرات مثل (ما ، ما ، ما) .		/ /	
	٣	يرد على الإيماءات بمثلها .		/ /	
	٤	ينفذ التعليمات البسيطة التى تصحبها إيماءات .		/ /	
	٥	عندما يقال له " لا " يتوقف عن النشاط مؤقتاً ٧٥٪ من المرات .		/ /	
	٦	يجيب عن أسئلة بسيطة بإستجابات غير لفظية .		/ /	
	٧	يدمج مقطعين مختلفين فى اللعب اللفظى .		/ /	
	٨	يقلد أنماط نغمات أصوات الآخرين .		/ /	
	٩	يستخدم كلمة واحدة ذات معنى ليميز شيئاً أو شخصاً (يسميه أو يعنونه) .		/ /	
	١٠	يتلفظ بعض المقاطع إستجابة لحديث شخص آخر .		/ /	
١-٢	١١	يذكر خمس كلمات مختلفة (قد يستخدم نفس الكلمة ليشير إلى أشياء مختلفة) .		/ /	
	١٢	يطلب المزيد "كمان" .		/ /	
	١٣	يقول " ذهب أو إنتهى (راح ، بح) .		/ /	
	١٤	ينفذ ثلاث تعليمات مختلفة ذات خطوة واحدة دون الإشارة لها .		/ /	
	١٥	يستطيع أن " يعطينى " أو " يورينى " عندما أطلب منه .		/ /	
	١٦	يشير إلى ١٢ شيئا مألوفا عند ذكر أسمائها .		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "



العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	ملاحظات
	١٧	يشير إلى ٣-٥ صور فى كتاب عند ذكر أسمائها .		/ /	
	١٨	يشير الى ثلاثة أجزاء من جسمه .		/ /	
	١٩	يذكر إسمه أو كنيته عندما يطلب منه ذلك .		/ /	
	٢٠	يجيب على السؤال "ماهذا (إية ده) ؟" بذكر إسم الشيء .		/ /	
	٢١	يقرن إستخدام الكلمات بالإشارات ليوضح مايريد .		/ /	
	٢٢	يذكر أسماء خمسة أفراد من الأسرة .		/ /	
	٢٣	يذكر أسماء ٤ لعب .		/ /	
	٢٤	يصدر صوت الحيوان أو يستخدم الصوت ليدل على إسم الحيوان (القطة "نو.. نو") .		/ /	
	٢٥	يطلب بعض أصناف الأطعمة المعتادة بإسمها عند عرضها عليه (الحليب - البسكويت) .		/ /	
	٢٦	يوجه الأسئلة برفع نبرة صوته فى نهاية الكلمة أو العبارة .		/ /	
	٢٧	يذكر أسماء ثلاثة من أجزاء الجسم فى دمية أو شخص آخر .		/ /	
	٢٨	يجيب على الأسئلة البسيطة بنعم أو لا .		/ /	
٢-٣	٢٩	يجمع بين إسمين أو إسم وصفة فى جملة من كلمتين (كرة كرسى ، كرة كبيرة) .		/ /	
	٣٠	يجمع بين إسم وفعل فى جملة من كلمتين مثل (بابا راح) .		/ /	
	٣١	يستخدم كلمة للتعبير عن إحتياج قضاء الحاجة .		/ /	
	٣٢	يجمع بين فعل أو إسم مع "هنا" و"هناك" فى عبارة من كلمتين (الكرسى هنا).		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	ملاحظات
	٣٣	يجمع بين كلمتين ليعبر عن الملكية مثل (سيارة بابا).		/ /	
	٣٤	يستخدم كلمة "لا" فى كلامه.		/ /	
	٣٥	يجيب على السؤال " ماذا يفعل (فلان؟)" بذكر الأنشطة العادية التى يقوم بها.		/ /	
	٣٦	يجيب على الأسئلة عن المكان.		/ /	
	٣٧	يسمى الأصوات المألوفة الموجودة بالبيئة.		/ /	
	٣٨	يعطى أكثر من شيء واحد عندما يطلب منه ذلك باستخدام صيغة الجمع (مكعبات).		/ /	
	٣٩	يشير إلى نفسه بذكر إسمه فى كلامه.		/ /	
	٤٠	يشير إلى صورة ١٠ أشياء معتادة ...... كل موصوف باستخدامه.		/ /	
	٤١	يرفع أصابعه ليخبر عن عمره.		/ /	
	٤٢	يذكر جنسه (ولد / بنت) عند سؤاله.		/ /	
	٤٣	ينفذ سلسلة من أمرين مرتبطين ببعضهما.		/ /	
	٤٤	يستخدم صيغة الفعل المستمر (أنا باجرى).		/ /	
	٤٥	يستخدم صيغة الجمع المؤنث / المذكر السالم (سيارة / سيارات).		/ /	
	٤٦	يسأل " إيه ده ؟ " و" إيه دى ؟ ".		/ /	
	٤٧	يتحكم فى درجة الصوت فى ٩٠ ٪ من المحاولات.		/ /	
	٤٨	يستخدم كلمة " ده " و" دى " فى الحديث.		/ /	

وزارة التربية والتعليم . مصر ١٩٩٩

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مستقل	تاريخ الإنجاز	ملاحظات
	٤٩	يستخدم كلمة " أنا " و "بتاعتي " بدلاً من إسمه .		/ /	
	٥٠	يشير إلى الشيء بأنه " ليس .... " (مش كرة) .		/ /	
	٥١	يجيب على السؤال " من .... ؟ " بذكر إسم الشخص .		/ /	
	٥٢	يستخدم أداة التعريف " ال " في الحديث .		/ /	
	٥٣	يستعمل بعض مصنفات الأسماء (لعب ، حيوانات ، طعام) .		/ /	
	٥٤	يقول " أقدر " و "سوف " في بعض الأحيان .		/ /	
	٥٥	يصف الأشياء بأنها " مفتوحة " أو " مقفولة " .		/ /	
٣-٤	٥٦	ينصت لمدة خمس دقائق أثناء سرد قصة محدودة.		/ /	
	٥٧	ينفذ سلسلة من أمرين غير مرتبطين ببعضهما .		/ /	
	٥٨	يذكر إسمه كاملاً عندما يطلب منه ذلك .		/ /	
	٥٩	يجيب عن أسئلة بسيطة تبدأ بـ " كيف " .		/ /	
	٦٠	يستعمل صيغة الفعل الماضي (قفز).		/ /	
	٦١	يتحدث عن خبرات فورية مربها.		/ /	
	٦٢	يخبر عن ناحية إستخدام الأشياء العامة .		/ /	
	٦٣	يعبر عن الأحداث المستقبلية باستخدام " سوف ، يجب أن ، أريد أن ".		/ /	
	٦٤	يسأل أسئلة بإستعمال " أين (فين) " و "من (مين) " و "لماذا (ليه) ".		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	ملاحظات
	٦٥	يستعمل بعض صيغ جمع التكسير الشائعة (رجل / رجال، كلب / كلاب).		/ /	
	٦٦	يخبر عن حدثين بترتيب حدوثهما .		/ /	
٤-٥	٦٧	ينفذ سلسلة من ثلاثة أوامر.		/ /	
	٦٨	يظهر فهم الجمل المبنية للمجهول (ضرب الولد البنت /ضربت البنت من الولد) .		/ /	
	٦٩	يستطيع أن يجد زوجاً متماثلاً من الأشياء أو الصور عندما يطلب منه ذلك .		/ /	
	٧٠	يستخدم كلمات " لو كنت .... كنت أستطيع " في الحديث .		/ /	
	٧١	يستعمل جملاً مربوطة أي (مكونة من جملتين) "ضربت الكرة و سقطت في الشارع".		/ /	
	٧٢	يستطيع تحديد قمة (أعلى) الشئ وقاعدته (أسفل) عندما يطلب منه ذلك.		/ /	
	٧٣	يستعمل الإختصارات "ما أقدرش ، مابعملش ، مش عاوز".		/ /	
	٧٤	يستطيع إكتشاف المتناقضات في الصورة .		/ /	
	٧٥	يستعمل كلمات " أخت ، أخ ، جده ، جد ".		/ /	
	٧٦	يذكر الكلمة المضادة لكلمة تسبقها بالمناقشة .		/ /	
	٧٧	يحكي قصة مألوفة دون الإستعانة بصور تدل على أحداثها.		/ /	
	٧٨	يسمي الصورة التي لا تنتمي لفئة معينة (صورة برتقالة وسط صور حيوانات).		/ /	
	٧٩	[illegible] أم لا		/ /	
	٨٠	يستخدم جملاً مركبة (إنها تريدني أن أدخل البيت لأن الجو بارد) .		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الإنجاز	ملاحظات
	٨١	يستطيع أن يخبر ما إذا كان الصوت عالياً أو منخفضاً .		/ /	
٥-٦	٨٢	يستطيع الإشارة إلى " بعض ، كثير ، عديد" (شوية ، كتير ، كتير قوى) .		/ /	
	٨٣	يقول عنوانه .		/ /	
	٨٤	يقول رقم تليفونه .		/ /	
	٨٥	يستطيع الإشارة إلى الأكثر ، الأقل ، قليل.		/ /	
	٨٦	يحكى دعابات بسيطة.		/ /	
	٨٧	يتحدث عن الخبرات اليومية.		/ /	
	٨٨	يصف المكان أو الحركة مستخدماً : مر من خلال ، بعيداً عن ، ناحية ، فوق .		/ /	
	٨٩	يجيب عن أسئلة " لماذا (ليه) ....؟" بالتفسير.		/ /	
	٩٠	يرتب ويحكى من ٣ إلى ٥ أجزاء متتابعة فى قصة .		/ /	
	٩١	يحدد معانى الكلمات.		/ /	
	٩٢	يستطيع أن يعطى عكس الكلمة .		/ /	
	٩٣	يجيب عن السؤال " ماذا يحدث إذا .... (أسقطت البيضة)؟" مثلاً .		/ /	
	٩٤	يستخدم كلمتى أمس (إمبارح) وغداً (بكره) إستخداماً صحيحاً .		/ /	
	٩٥	يسأل عن معنى كلمات جديدة أو غير مألوفة .		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الانجاز	تعليقات
١-٠	١	يمص ويبلع السوائل.		/ /	
	٢	يتناول الطعام السائل مثل سيريلاك أو مهلبية.		/ /	
	٣	يمد يده ويمسك زجاجة الرضاعة (البزازة).		/ /	
	٤	يتناول الطفل الطعام المصفى الذى تضعه الأم فى فمه.		/ /	
	٥	يمسك بزجاجة الرضاعة (البزازة) بدون مساعدة أثناء الشرب.		/ /	
	٦	يوجه الزجاجة تجاه الأم أو بعيداً عنه.		/ /	
	٧	يأكل طعاماً مهروساً تضعه الأم فى فمه.		/ /	
	٨	يشرب من كوب تمسكه الأم أو الأب.		/ /	
	٩	يتناول طعاماً نصف جامد تضعه الأم فى فمه.		/ /	
	١٠	يطعم نفسه بإستخدام الأصابع.		/ /	
	١١	يمسك ويشرب من كوب بإستخدام كلتا اليدين.		/ /	
	١٢	يأخذ ملعقة مملوءة بالطعام إلى فمه بمساعدة.		/ /	
	١٣	يمد ذراعيه ورجليه عند إلباسه ثيابه.		/ /	
	١٤	يأكل الطعام من الآنية بإستخدام الملعقة معتمداً على نفسه		/ /	
	١٥	يمسك ويشرب من كوب بإستخدام يد واحدة.		/ /	
	١٦	يضع يديه فى الماء ويمسح وجهه بيده المبلولتين مقلداً.		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الانجاز	تعليقات
	١٧	يجلس على القعادة (قصرية) أو تواليت خاص بالأطفال لمدة خمس دقائق .		/ /	
	١٨	يضع الطاقية أو القبعة على الرأس ثم يخلعها .		/ /	
	١٩	يخلع الشراب .		/ /	
	٢٠	يدفع الذراعين داخل الأكمام والساقين داخل السراويل .		/ /	
	٢١	يخلع الحذاء عندما تكون الأربطة المكوكة .		/ /	
	٢٢	يخلع البالطو المفكوك .		/ /	
	٢٣	يخلع السروال المفكوك .		/ /	
	٢٤	يفتح ويغلق السوستة الكبيرة بعد أن تثبت له بدايتها .		/ /	
	٢٥	يستخدم كلمات أوحركات تدل على الرغبة فى الذهاب إلى الحمام .		/ /	
٢ - ٣	٢٦	يطعم نفسه بإستخدام الملعقة والكوب مع سكب القليل .		/ /	
	٢٧	يأخذ المنشفة من الوالدين لتجفيف يديه ووجهه .		/ /	
	٢٨	يشفط السوائل من الكوب بإستخدام الشفاطة.		/ /	
	٢٩	يغرف الأكل بإستخدام الشوكة .		/ /	
	٣٠	يمضغ ويبلع الطعام دون غيره .		/ /	
	٣١	يجفف اليدين دون مساعدة عند إعطائه المنشفة .		/ /	
	٣٢	يطلب الذهاب إلى الحمام حتى بعد فوات الأوان لتفادى البلل .		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الانجاز	تعليقات
	٣٣	يتحكم فى تسرب السوائل خارج الفم.		/ /	
	٣٤	يتبول ويتبرز فى القعادة (القصرية) ثلاث مرات فى الأسبوع عند إجلاسه عليها.		/ /	
	٣٥	يرتدى الحذاء.		/ /	
	٣٦	يستخدم فرشاة الأسنان بالتقليد.		/ /	
	٣٧	يخلع الملابس البسيطة المفكوكة.		/ /	
	٣٨	يستخدام الحمام للتبرز مع الخطأ مرة واحدة غى الأسبوع.		/ /	
	٣٩	يملأ الماء من الحنفية دون مساعدة مع وجود كرسى صغير للوقوف عليه.		/ /	
	٤٠	يغسل الوجه واليدين بإستخدام الصابون عندما يضبط له الماء.		/ /	
	٤١	يطلب الذهاب إلى الحمام أثناء النهار لتفادى البلل.		/ /	
	٤٢	يعلق البالطو على شماعة فى متناول يده.		/ /	
	٤٣	يبقى جافاً أثناء النوم لفترات قصيرة أثناء النهار.		/ /	
	٤٤	يتجنب المخاطر مثل الزوايا الحادة للأثاث أو السلالم غير المسوَّرة.		/ /	
	٤٥	يستخدم فوطة المائدة عند التذكرة.		/ /	
	٤٦	يغرس الشوكة فى الطعام ويضعها فى الفم.		/ /	
	٤٧	يصب الماء فى كوب من إبريق صغير ([illegible]) دون مساعدة.		/ /	
	٤٨	يفك كبسونة الملابس.		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الانجاز	تعليقات
	٤٩	يغسل ذراعيه وساقيه أثناء الاستحمام .		/ /	
	٥٠	يلبس الشراب .		/ /	
	٥١	يلبس البالطو والسويتر والقميص .		/ /	
	٥٢	يتعرف على مقدمة الملابس .		/ /	
٣-٤	٥٣	يُطعم نفسه الوجبة كاملة .		/ /	
	٥٤	يُلبس نفسه الملابس مع مساعدته فى لبس الـ (تى شيرت) وكل ما يحتاج إلى إغلاق أو ربط .		/ /	
	٥٥	يمسح الأنف عند تذكيره .		/ /	
	٥٦	يستيقظ جافاً مرتين فى الأسبوع .		/ /	
	٥٧.	يتبول واقفاً بالنسبة للذكور.		/ /	
	٥٨	يبدأ ويكمل لبس وخلع الملابس ماعدا الخلق ٧٥٪ من الوقت .		/ /	
	٥٩	يخلق الكبسونه أو الكُبشة .		/ /	
	٦٠	يتمخط (ينف) عند تذكيره .		/ /	
	٦١	يتجنب الأخطار الشائعة (الزجاج المكسور مثلاً) .		/ /	
	٦٢	يعلق الملابس على الشماعة .		/ /	
	٦٣	ينظف الأسنان بالفرشاة مع إعطائه التعليمات اللفظية .		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الانجاز	تعليقات
	٦٤	يفك الأزرار المثبتة بلوحة الأزرار أو الجاكت الموضوع على المائدة		/ /	
	٦٥	يربط الأزرار الكبيرة على لوحة أزرار أو جاكتة		/ /	
٤–٥	٦٦	ينظف ما يسكب مع إحضار مايلزم لتنظيفه .		/ /	
	٦٧	يتفادى السميات وكل المواد الضارة .		/ /	
	٦٨	يفك أزرار ملابسه .		/ /	
	٦٩	يزرر ملابسه .		/ /	
	٧٠	ينظف مكان الأكل على المائدة .		/ /	
	٧١	يثبت الجزء الأسفل من السوستة .		/ /	
	٧٢	يغسل الوجه واليدين .		/ /	
	٧٣	يستخدم الأدوات المسموحة لتناول الطعام		/ /	
	٧٤	يستيقظ أثناء النوم ليلاً للذهاب للحمام أو يبقى جافاً طوال الليل .		/ /	
	٧٥	يمسح ويمخط الأنف ٧٥٪ من الوقت دون تذكير.		/ /	
	٧٦	يستحم معتمداً على نفسه ماعدا الظهر والرقبة والأذنين .		/ /	
	٧٧	يستخدم [illegible] المواد [illegible] على [illegible]		/ /	
	٧٨	يفك ويربط الحزام ذو الإبزيم على الفستان أو البنطلون أو الحذاء .		/ /	
	٧٩	يلبس نفسه كلياً بما فى ذلك كل ما يغلق من الأمام ما عدا الأربطة		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الانجاز	تعليقات
	٨٠	يعرف ما يحتاجه من الطعام عند تقديم طبق الطعام له.		/ /	
	٨١	يساعد فى إعداد المائدة ، بوضع الأطباق والفوط والأدوات الأخرى فى أماكنها الصحيحة بمساعدة تلميحات شفرية .		/ /	
	٨٢	ينظف الأسنان بالفرشاة .		/ /	
	٨٣	يذهب للحمام فى الوقت المناسب ويخلع ملابسه وينظف نفسه ويسحب السيفون ويرتدى ملابسه دون مساعدة .		/ /	
	٨٤	يمشط الشعر بمشط أو فرشاة.		/ /	
	٨٥	يعلق الملابس على الشماعة .		/ /	
	٨٦	يذهب إلى منزل أحد الجيران أو الأصدقاء دون مراقبة مستمرة .		/ /	
	٨٧	يدكك رباط الحذاء .		/ /	
	٨٨	يربط الحذاء .		/ /	
٥ – ٦	٨٩	يكون مسئولاً عن أحد المهام المنزلية الأسبوعية ويعمله عندما يطلب منه .		/ /	
	٩٠	يختار الملابس المناسبة للجو أو لمناسبة ما .		/ /	
	٩١	يتوقف على الرصيف وينظر فى كلا الإتجاهين ويعبر الشارع دون تذكيره بذلك .		/ /	
	٩٢	يغرف لنفسه على مائدة الطعام ويمرر طبق التقديم للآخرين .		/ /	
	٩٣	يجهز وجبة بسيطة (الإفطار أو العشاء)		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"

العمر	بطاقة	الاداء	سلوك مدخلى	تاريخ الانجاز	تعليقات
	٩٤	يكون مسئولاً عن إحدى المهام المنزلية اليومية (ترتيب المائدة أو إخراج القمامة مثلاً).		/ /	
	٩٥	يضبط درجة حرارة المياه للإستحمام .		/ /	
	٩٦	يجهز الساندويتش الخاص به .		/ /	
	٩٧	يذهب ماشياً إلى المدرسة أو محل قريب لمنزله بمفرده.		/ /	
	٩٨	يقطع الطعام اللين بإستخدام السكين (البطاطا أو الموز مثلاً) .		/ /	
	٩٩	يتعرف على دورة المياه المناسبة لجنسه فى الأماكن العامة .		/ /	
	١٠٠	يفتح كرتونة اللبن الصغيرة .		/ /	
	١٠١	يلتقط صينية التقديم ويحملها ويضعها .		/ /	
	١٠٢	يربط غطاء الرأس المثبت بالمعطف (الكابيشون).		/ /	
	١٠٣	يربط حزام مقعده بالسيارة .		/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
صفر-١	١	يزيل قطعة قماش عندما توضع على الوجه.		/ /	
	٢	ينظر إلى شئ أبعد عن المجال المباشر لرؤيته.		/ /	
	٣	يخرج شيئاً بيده من وعاء مفتوح .		/ /	
	٤	يضع شيئاً فى وعاء مقلداً الآخرين.		/ /	
	٥	يضع شيئاً فى وعاء عندما يطلب منه ذلك لفظياً .		/ /	
	٦	يهز لعبة تصدر صوتاً مربوطة بحبل .		/ /	
	٧	يضع ثلاثة أشياء فى وعاء ثم يفرغه .		/ /	
	٨	ينقل شيئاً من يد إلى الأخرى ليلتقط شيئاً آخر.		/ /	
	٩	يسقط لعبة ويلتقطها .		/ /	
	١٠	يجد شيئاً مخبأ تحت وعاء.		/ /	
	١١	يدفع ثلاث مكعبات مرتبة فى شكل قطار.		/ /	
	١٢	يرفع الدائرة من لوحة الأشكال .		/ /	
	١٣	يضع وتداً مستديراً فى لوحة الأوتاد عندما يطلب منه ذلك .		/ /	
	١٤	يؤدي حركات بسيطة عند سماعها .		/ /	
١-٢	١٥	يخرج ستة أشياء من وعاء بمفرده ، واحداً فى كل مرة .		/ /	
	١٦	يشير إلى جزء واحد من أجزاء جسمه .		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	١٧	يرص ٣ مكعبات فوق بعض عندما يطلب منه ذلك.		/ /	
	١٨	يطابق الأشياء المتماثلة .		/ /	
	١٩	يشخبط على الورق .		/ /	
	٢٠	يشير إلى نفسه عند سؤاله : "أين أو فين (إسمه) ؟".		/ /	
	٢١	يضع خمسة أوتاد مستديرة فى لوحة الأوتاد عندما يطلب منه ذلك .		/ /	
	٢٢	يطابق الأشياء مع صورها .		/ /	
	٢٣	يشير إلى صورة مسماه.		/ /	
	٢٤	يقلب صفحات الكتاب ٢-٣ صفحات فى المرة ليجد صورة مسماه .		/ /	
٢-٣	٢٥	يجد كتاباً بعينه عندما يطلب منه ذلك .		/ /	
	٢٦	يكمل لوحة الأشكال ذات الثلاثة قطع .		/ /	
	٢٧	يسمى أربعة صور مألوفة .		/ /	
	٢٨	يرسم خطاً رأسياً مقلداً .		/ /	
	٢٩	يرسم خطاً أفقياً مقلداً.		/ /	
	٣٠	ينسخ دائرة .		/ /	
	٣١	يطابق الأشياء حسب الملمس .		/ /	
	٣٢	يشير إلى الكبير والصغير عندما يطلب منه ذلك .		/ /	

للطفولة المبكرة "بورتاج"

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	٣٣	يرسم علامه "+" مقلداً .		/ /	
	٣٤	يطابق ثلاثة ألوان .		/ /	
	٣٥	يضع الأشياء " فى وعلى وتحت " عندما يطلب منه ذلك .		/ /	
	٣٦	يسمى الأشياء التى تصدر أصواتاً .		/ /	
	٣٧	يُركِّب لعبة متداخلة مكونة من أربعة قطع .		/ /	
	٣٨	يسمى الأفعال التى تعبر عنها الصور.		/ /	
	٣٩	يطابق الأشكال الهندسية مع صور لتلك الأشكال .		/ /	
	٤٠	يرص خمسة حلقات أو أكثر على وتد بترتيب أحجامها .		/ /	
٣-٤	٤١	يسمى الأشياء وفقاً لأحجامها " كبيرة " و" صغيرة " .		/ /	
	٤٢	يشير إلى عشرة أجزاء من جسمه عندما يُسأل عن ذلك .		/ /	
	٤٣	يشير إلى الولد والبنت عندما يطلب منه ذلك لفظياً .		/ /	
	٤٤	يخبر ما إذا كان الشئ " ثقيل " أم " خفيف " .		/ /	
	٤٥	يُجَمع شكلاً مكوناً من جزئين ليكون منهما شكلاً واحداً .		/ /	
	٤٦	يصف حدثين أو شخصيتين من قصة مألونة أو برنامج تليفزيونى .		/ /	
	٤٧	يكرر ألعاب الأصابع مع الكلمات والأداء الحركى .		/ /	
	٤٨	يوزع شيئاً واحداً لكل مفردة (٣ أشياء أو أكثر) .		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التلميذ الشامل للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	٤٩	يشير إلى الأشياء "الطويلة" و"القصيرة".		/ /	
	٥٠	يخبر عن الأشياء التى تنتمى إلى بعضها.		/ /	
	٥١	يعد حتى ٣ مقلداً.		/ /	
	٥٢	يرتب الأشياء فى مجموعات.		/ /	
	٥٣	يرسم علامه "V" مقلداً بحركة واحدة.		/ /	
	٥٤	يرسم خطاً (قطراً) بين زاويتين متقابلتين لورقة مربعة طول ضلعها ١٠سم.		/ /	
	٥٥	يعد بالأشياء حتى عشرة أشياء مقلداً.		/ /	
	٥٦	يبنى كوبرى من ثلاثة مكعبات مقلداً.		/ /	
	٥٧	يطابق ترتيب أو نموذج من المكعبات أو الخرز.		/ /	
	٥٨	ينسخ سلسلة من علامة "V" (VVVVVVVVV) بحركة واحدة.		/ /	
	٥٩	يضيف ساقا. / أو ذراعاً لرسم رجل غير مكتمل.		/ /	
	٦٠	يكمل صورة مجزأه (بازل) من ٦ قطع.		/ /	
	٦١	يسمى الأشياء "متماثلة" (ده زى ده) ومختلفة (ده مش زى ده).		/ /	
	٦٢	يرسم مربعاً مقلداً.		/ /	
	٦٣	يسمى ثلاثة ألوان عندما يطلب منه ذلك.		/ /	
	٦٤	يسمى ثلاثه أشكال: □، △، ○.		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الإنجاز	تعليقات
٤-٥	٦٥	يلتقط عدداً محدداً من الأشياء عندما يطلب منه ذلك (من ١ إلى ٥ أشياء).		/ /	
	٦٦	يسمى خمسة أشياء من ملمسها.		/ /	
	٦٧	ينسخ مثلثاً عندما يطلب منه ذلك.		/ /	
	٦٨	يتذكر أربعة أشياء رآها فى الصورة.		/ /	
	٦٩	يسمى الوقت المرتبط بأنشطة معينة خلال اليوم.		/ /	
	٧٠	يردد أناشيد الطفولة المألوفة.		/ /	
	٧١	يخبر عما إذا كان ذلك الشئ "أثقل" أم "أخف" (الفرق أقل من $\frac{١}{٢}$ كجم).		/ /	
	٧٢	يخبر عن الشئ الذى فقد عند إستبعاده من مجموعة بها ٣ أشياء.		/ /	
	٧٣	يسمى ثمانية ألوان.		/ /	
	٧٤	يتعرف على العملات النقدية ٥، ١٠، ٢٥ قرشاً.		/ /	
	٧٥	يطابق الرموز (الأحرف والأرقام).		/ /	
	٧٦	يخبر عن لون شئ ذكر له إسمه..		/ /	
	٧٧	يعيد ذكر خمسة حقائق رئيسية من قصة سمعها ٣ مرات.		/ /	
	٧٨	يرسم شخصاً (رأس وجذع و٤ أطراف).		/ /	
	٧٩	يغنى خمسة أسطر من أغنية.		/ /	
	٨٠	يبنى هرماً من عشرة مكعبات مقلداً.		/ /	

قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	٨١	يسمى الأشياء "طويلة" و"قصيرة".		/ /	
	٨٢	يضع الأشياء وراء / جنب / قريب من.		/ /	
	٨٣	يطابق مجموعات متساوية من ١ إلى ١٠ أشياء.		/ /	
	٨٤	يسمى أو يشير إلى الجزء الناقص من صورة شئ ما.		/ /	
	٨٥	يعد من الذاكرة من ١ إلى ٢٠.		/ /	
	٨٦	يذكر موضع الشئ : الأول ، الأوسط ، الأخير.		/ /	
٥–٦	٨٧	يعد حتى ٢٠ شيئاً ويذكر عددها.		/ /	
	٨٨	يسمى عشرة أرقام مكتوبة أمامه.		/ /	
	٨٩	يذكر الشمال واليمين بالنسبة إلى نفسه.		/ /	
	٩٠	يقول من الذاكرة الحروف الأبجدية بالترتيب.		/ /	
	٩١	يكتب إسمه الأول.		/ /	
	٩٢	يسمى خمسة أحرف مكتوبة أمامه.		/ /	
	٩٣	يرتب الأشياء حسب الطول والعرض.		/ /	
	٩٤	يسمى الأحرف الأبجدية المكتوبة أمامه.		/ /	
	٩٥	يرتب الأرقام من ١ إلى ١٠ فى التسلسل الصحيح.		/ /	
	٩٦	يذكر موضع الشئ : الأول ، الثانى ، الثالث.		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	٩٧	يشير إلى الرقم الذى ذكرله من ١ إلى ٢٥ .		/ /	
	٩٨	ينسخ شكل المعين ◊ .		/ /	
	٩٩	يكمل لعبة متاهة بسيطة .		/ /	
	١٠٠	يذكر أيام الأسبوع بالترتيب .		/ /	
	١٠١	يستطيع جمع وطرح الأشياء حتى ثلاث وحدات .		/ /	
	١٠٢	يذكر تاريخ ميلاده باليوم والشهر.		/ /	
	١٠٣	يقرأ ١٠ كلمات مكتوبة أمامه بمجرد النظر.		/ /	
	١٠٤	يتوقع ما سوف يحدث .		/ /	
	١٠٥	يشير إلى نصف الشئ والشئ الكامل.		/ /	
	١٠٦	يعد من الذاكرة من ١ إلى ١٠٠ .		/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك بدخلى	تاريخ الانجاز	تعليقات
١-٠	١	يمد يده لإلتقاط شئ على بعد يتراوح بين ١٥ إلى ٢٢سم من أمامه .		/ /	
	٢	يمسك بشئ محمول أمامه على بعد ٨سم .		/ /	
	٣	يمد يده ويمسك شيئاً أمامه .		/ /	
	٤	يمد يده ليلتقط ما يفضله من الأشياء .		/ /	
	٥	يضع الشئ فى فمه .		/ /	
	٦	يسند على ذراعيه ليقوم برأسه ويصدره عند وضعه على بطنه .		/ /	
	٧	يبقى رأسه وصدره مرفوعين وهو يسند على ذراع واحدة .		/ /	
	٨	يتحسس الشئ ويكتشفه بفمه .		/ /	
	٩	يتقلب من على بطنه إلى جنبه ويحافظ على الوضع ٥٠٪ من الوقت .		/ /	
	١٠	يتقلب من على بطنه ليصبح على ظهره .		/ /	
	١١	يتحرك على بطنه للأمام بمقدار طول جسمه .		/ /	
	١٢	يتقلب من على ظهره إلى جنبه .		/ /	
	١٣	يتقلب من على ظهره ليصبح على بطنه .		/ /	
	١٤	يسحب نفسه إلى وضع الجلوس وهو ممسك بأصابع شخص كبير .		/ /	
	١٥	يدير رأسه بسهولة وجسمه مسنود .		/ /	
	١٦	يبقى فى وضع الجلوس لمدة دقيقتين .		/ /	



وزارة التربية والتعليم . مصر ١٩٩٩



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الانجاز	تعليقات
	١٧	يترك شيئاً فى يده عن قصد ليأخذ شيئاً آخر يريده .		/ /	
	١٨	يلتقط الأشياء ويلقيها عن عمد .		/ /	
	١٩	يقف مسنوداً لأقصى درجة .		/ /	
	٢٠	يهتز إلى أعلى وإلى أسفل فى وضع الوقوف مسنوداً .		/ /	
	٢١	يحبو إلى الأمام بمقدار طول جسمه ليحصل على شئ .		/ /	
	٢٢	يجلس سانداً نفسه.		/ /	
	٢٣	يتحول من وضع الجلوس إلى وضع السند على يديه وركبتيه .		/ /	
	٢٤	يتحرك من وضعه على بطنه إلى وضع الجلوس .		/ /	
	٢٥	يجلس بدون أن يستند على يديه .		/ /	
	٢٦	يقذف بالأشياء فى أى أتجاه .		/ /	
	٢٧	يتأرجح أماماً وخلفاً وهو على يديه وركبتيه .		/ /	
	٢٨	ينقل شيئاً من يد إلى أخرى وهو جالس .		/ /	
	٢٩	يحتفظ فى يد واحدة بمكعبين (طول الضلع ٢ سم) .		/ /	
	٣٠	يشد نفسه ليقوم على ركبتيه .		/ /	
	٣١	يشد نفسه لوضع الوقوف .		/ /	
	٣٢	يستخدم سبابته وإبهامه فى إلتقاط الأشياء على طريقة الكماشة .		/ /	





قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الانجاز	تعليقات
	٣٣	يحبو.		/ /	
	٣٤	يمد يده لأخذ شئ وهو فى وضع الحبو.		/ /	
	٣٥	يقف بأقل مساندة .		/ /	
	٣٦	يلعق الطعام من حول فمه بلسانه .		/ /	
	٣٧	يقف وحده لمدة دقيقة .		/ /	
	٣٨	يقلب الوعاء ليخرج ما بداخله .		/ /	
	٣٩	يقلب صفحات كتاب ، بضع صفحات فى المرة .		/ /	
	٤٠	يغرف بإستخدام ملعقة أوجاروف صغير.		/ /	
	٤١	يضع أشياء صغيرة فى داخل وعاء .		/ /	
	٤٢	ينزل بجسمه من وضع الوقوف إلى وضع الجلوس .		/ /	
	٤٣	يصفق بكلتا يديه .		/ /	
	٤٤	يمشى بأقل مساندة .		/ /	
	٤٥	يمشى خطوات قليلة بدون مساندة .		/ /	
١-٢	٤٦	يزحف صاعداً السلم .		/ /	
	٤٧	ينتقل من وضع الجلوس إلى وضع الوقوف .		/ /	
	٤٨	يدحرج الكرة بالتقليد .		/ /	





قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "



العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الانجاز	تعليقات
	٤٩	يتسلق إلى مقعد الكبار ثم يستدير ويجلس .		/ /	
	٥٠	يضع ٤ حلقات على وتد .		/ /	
	٥١	يأخذ أوتاداً (قطرها ٢سم) من لوحة الأوتاد .		/ /	
	٥٢	يضع وتد قطره ٢سم فى لوحة الأوتاد .		/ /	
	٥٣	يبنى برجاً من ٣ مكعبات .		/ /	
	٥٤	يضع علامات بالقلم الرصاص أو الأقلام الملونة .		/ /	
	٥٥	يمشى بدون مساعدة .		/ /	
	٥٦	يزحف إلى أسفل السلم مع استخدام الأقدام أولاً .		/ /	
	٥٧	يجلس نفسه بمقعد صغير.		/ /	
	٥٨	يجلس فى وضع القرفصاء ثم يعود للوقوف .		/ /	
	٥٩	يدفع لعبة ويجذبها أثناء المشى .		/ /	
	٦٠	يستخدم حصاناً هزازاً أوكرسياً هزازاً .		/ /	
	٦١	يصعد على السلالم سيراً بمعاونة .		/ /	
	٦٢	ينحنى من الوسط لإلتقاط الأشياء بدون السقوط .		/ /	
	٦٣	يقلد الحركة الدائرية .		/ /	
٢-٣	٦٤	يدخل أربع خرزات كبيرة الحجم فى خيط .		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الانجاز	تعليقات
	٦٥	يدير مقابض الأبواب .		/ /	
	٦٦	يقفز فى المكان بكلتى قدميه .		/ /	
	٦٧	يسير إلى الوراء .		/ /	
	٦٨	ينزل سيراً على سلم بمعاونة .		/ /	
	٦٩	يلقى الكرة لشخص كبير على مسافة ١٥٠سم بدقة .		/ /	
	٧٠	يبنى برج من ٥ إلى ٦ مكعبات .		/ /	
	٧١	يقلب الصفحات واحدة كل مرة .		/ /	
	٧٢	يفك لفافة شئ صغير.		/ /	
	٧٣	يطوى ورقة عند منتصفها مقلداً .		/ /	
	٧٤	يفك أجزاء لعبة ويركبها .		/ /	
	٧٥	يفك الألعاب التى تحتاج للفها عند فتحها .		/ /	
	٧٦	يركل كرة ثابتة كبيرة بالقدم .		/ /	
	٧٧	يشكل كرات من الصلصال .		/ /	
	٧٨	يمسك بقلم رصاص بين الإبهام والسبابة مع إسناد القلم على الإصبع الوسطى .		/ /	
	٧٩	يتشقلب للأمام بمساعدة .		/ /	
٣-٤	٨٠	يدق خمسة أوتاد من خمسة .		/ /	





قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة " بورتاج "

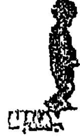
العمر	البطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	ملاحظات
	٨١	يركب معا صورة مجزأة من ٣ قطع (بازل) أو لوحة أشكال .		/ /	
	٨٢	يقص بالمقص قَصةً قصيرة .		/ /	
	٨٣	يقفز من إرتفاع ٢٠ سم .		/ /	
	٨٤	يركل كرة كبيرة بقدمه مدحرجة إليه .		/ /	
	٨٥	يمشى على أطراف أصابع قدميه .		/ /	
	٨٦	يجرى ١٠ خطوات وذراعيه تتحركان بحركة متناسقة ومتبادلة .		/ /	
	٨٧	يتقدم ١,٥ متر راكبًا دراجة ذات ثلاث عجلات .		/ /	
	٨٨	يتارجح على ارجوحة بعد دفعه فى الحركة .		/ /	
	٨٩	يتسلق وينزلق على منزلق إرتفاعه من ١٢٠ ـ ١٨٠ سم .		/ /	
	٩٠	يتشقلب إلى الأمام .		/ /	
	٩١	يصعد السلم بتبادل القدمين .		/ /	
	٩٢	يمشى كالجندى .		/ /	
	٩٣	يمسك كرة مقذوفة إليه بكلتى ايديه .		/ /	
	٩٤	يتتبع هيكل الشكل بالقلم .		/ /	
	٩٥	يقص خطًا مستقيمًا طوله ٢٠ سم بدون ان ينحرف عنه اكثر من $\frac{١}{٢}$ سم .		/ /	
٤ ـ ٥	٩٦	يقف على قدم واحدة لمدة من ٤ ـ ٨ ثوان بدون مساعدة .		/ /	



قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"

العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلي	تاريخ الإنجاز	تعليقات
	٩٧	يجرى مغيراً اتجاهه .		/ /	
	٩٨	يمشى على خشبة التوازن .		/ /	
	٩٩	يقفز إلى الأمام ١٠ مرات بدون أن يقع .		/ /	
	١٠٠	يقفز فوق خيط يرتفع ٥سم عن الأرض .		/ /	
	١٠١	يقفز للخلف ٦ مرات .		/ /	
	١٠٢	ينطط كرة كبيرة على الأرض ويلتقطها .		/ /	
	١٠٣	يشكل قطعتين أو ثلاث من الطين (الصلصال) ويركبها معا .		/ /	
	١٠٤	يقص منحنى .		/ /	
	١٠٥	يركب أداة ذات قلاووظ .		/ /	
	١٠٦	ينزل السلم بتبادل القدمين .		/ /	
	١٠٧	يركب دراجه بثلاث عجلات ويغير إتجاهه .		/ /	
	١٠٨	يحجل على قدم واحدة ٥ مرات متتالية .		/ /	
	١٠٩	يقص دائرة قطرها ٥ سم .		/ /	
	١١٠	يرسم صوراً بسيطةً من الممكن التعرف عليها مثل بيت أو رجل أو شجرة .		/ /	
	١١١	يقص ويلصق أشكالاً بسيطة .		/ /	
٥ - ٦	١١٢	يكتب حروفاً مفردة بحجم كبير فى أى مكان على الورقة .		/ /	





	١١٣	يمشي على خشبة التوازن إلى الأمام والخلف وجانباً .			/ /	
	١١٤	يثب بخفة .			/ /	
	١١٥	يتأرجح على الأرجوحه مبتدئاً الحركة ومحافظاً عليها .			/ /	
	١١٦	يفرد أصابعه ويلمس بإبهامه كل إصبع .			/ /	
	١١٧	يقلد حروفاً صغيرة الحجم .			/ /	
	١١٨	يتسلق سلم إنزلاق إرتفاعه ٢ م لينزلق .			/ /	
	١١٩	يطرق على مسمار بالشاكوش (لعبة) .			/ /	
	١٢٠	ينطط الكرة باتجاه معين .			/ /	
	١٢١	يلون مع بقائه داخل الخطوط ٩٥٪ من الوقت .			/ /	
	١٢٢	يستطيع قص صورة من مجلة بدون أن ينحرف عن طرف الصورة أكثر من ١سم .			/ /	
	١٢٣	يستعمل مبراة الأقلام .			/ /	
	١٢٤	ينسخ رسومات معقدة .			/ /	
	١٢٥	يمزق أشكال بسيطة من ورقة .			/ /	
	١٢٦	يثني مربع من ورق مرتين على القطر بالتقليد .			/ /	
	١٢٧	يمسك بكرة لينة أو كيس به حبوب بيد واحدة .			/ /	
	١٢٨	يستطيع أن ينط الحبل بنفسه .			/ /	






قائمة مراجعة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة " بورتاج "



العمر	بطاقة	الأداء	سلوك مدخلى	تاريخ الانجاز	تعليقات
	١٢٩	يضرب الكرة بالمضرب أو العصا .		/ /	
	١٣٠	يلتقط شيئاً من الأرض وهو يجرى .		/ /	
	١٣١	يركب دراجه .		/ /	
	١٣٢	يمشى أو يلعب فى حمام سباحة يصل ماؤه إلى وسط الطفل .		/ /	
	١٣٣	يسيِّر عربة وهو يدفع بقدم واحدة .		/ /	
	١٣٤	ينط ثم يدور على قدم واحدة .		/ /	
	١٣٥	يكتب اسمه على ورقة مسطرة ومتقيداً بالأسطر .		/ /	
	١٣٦	يقفز من ارتفاع ٣٠سم ويهبط على قدميه .		/ /	
	١٣٧	يقف على قدم واحدة بدون مساندة وعينية مغلقتين لمدة ١٠ ثوان .		/ /	
	١٣٨	يتعلق من تضيب أفقى لمدة ثوان محملاً ثقل جسمه على ذراعيه .		/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	
				/ /	







نمو الرضيع : ١٣

الأداء : ينظر إلى شخص يحاول أن يجذب إنتباهه بالحديث أو الحركة .

أنشطة مقترحة :

١- كُونى فى مكان بحيث يستطيع الطفل أن يراك . نادى عليه . بالغى فى الأفعال والكلام حتى يستمر فى إعطائك الإنتباه .

٢- إمسكى بأشياء ملونة بجوار وجهك وحركيهم للأمام والخلف لتشجعى الطفل للنظر إليك .

٣- قولى اسم الطفل له مرات ومرات . غيرى حدة الصوت ولحنه وأنت تفعلين ذلك حتى ينظر إليك الطفل .

٤- ضعى رأسك قريبة جداً لوجه الطفل ثم تحركى بسرعة من مجال رؤيته . ثم تحركى بقرية ثانية وقولى " أهلاً " أو " بخ" . كررى ذلك حتى يبدأ الطفل فى النظر. ثم إبقى برهه و ابتسمى وتحدثى بهدوء إلى الطفل .









نمو الرضيع : ٢٣

الأداء : يتتبع الصوت بتحريك رأسه .

أنشطة مقترحة :

١- إستخدمى لعباً صوتيةً أو جرس لتحدثى صوتاً أمام الطفل مباشرة . تأكدى من أن الطفل ينظر إلى اللعبة الصوتية حركيها بالتدريج بعيداً إلى اليمين واليسار مع الإستمرار فى إحداث الصوت.

٢- إجلسى خلف الطفل وأديرى صندوق الموسيقى وضعيه بأحد جانبى الطفل على ألا يراه أو يلمسه . فإذا إلتفت ناحية الصوت فحركيه بالتدريج إلى مجال رؤيته ليعبر إلى الناحية الأخرى . غيرى الإتجاه .

٣- تأكدى من إغلاق المؤثرات السمعية الأخرى مثل الراديو والتليفزيون أثناء محاولتك مع الطفل ليتتبع الصوت الذى تحدثيه .

٤- إذا كنت تستخدمين لعبة لإحداث صوتاً وإستجاب الطفل بإدارة رأسه فى إتجاه الصوت فإتركى الطفل يأخذ اللعبة كمكافأه .

٥- أثناء الإستحمام .. أحدثى " طرطشة" بالماء على أحد جانبى الطفل ولاحظى إذا نظر ناحيتها . من الممكن أيضا أن تضعى الطفل بجوار البانيو أثناء إنسياب الماء وانظرى إذا استدار ناحية الصوت.

٦- لاحظى طفلك خلال اليوم . هل يدير رأسه ناحية الصوت إذا رن جرس التليفون أو جرس الباب.



نمو الرضيع : ٣٩

الأداء : يحافظ على رأسه وصدره منتصبين أثناء رقاده على بطنه مع السند على ساعديه .

أنشطة مقترحة :

١- لفى ملاءة على شكل أسطوانه أو إستخدمى مخدة أو وسادة مستطيلة تحت ذراعى الطفل حتى يحافظ على رأسه وصدره منتصبين . إستعملى لعبة أو شيئاً براقا ليتدلى أمام الطفل حتى يرفع نفسه لأعلى لينظر إليها.

٢- ضعى صورة ملونة أو لعبة أمام الطفل حتى يحافظ على رأسه لأعلى ليراها.

٣- ضعى مرآة أمام الطفل وشجعيه لينظر إلى صورته وذلك بأن تريتى على المرآة وتقولى " إنظر إلى و ــــ ".

٤- أرقدى الطفل على بطنه . إسنديه على ساعديه . ساعديه ليسند رأسه بيديك . بالتدريج قللى من سندك له . وكلما وجدت أنه يحاول سند نفسه تحدثى إليه وإضحكى وابتسمى وإمنحيه كثيراً من التشجيع .









بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"



نمو الرضيع: ٤٣

الأداء : يحاول التقلب بإستخدام الكتفين.

أنشطة مقترحة:

١- إرفعى كتف الطفل على الناحية التى تريدين أن ينقلب اليها وذلك بوضع مخدة تحت الكتف أو شد ذراع الطفل برفق لبدء التقلب .

٢- ضعى الطفل على ظهره . قفى أو إركعى خلف رأس الطفل وإمسكى شيئاً ملوناً مربوطاً فى حبل فوق الطفل بحيث يراه وبالتدريج حركية للجنب عند قمة رأس الطفل إلى أن يصبح خارج نطاق رؤيته . حركى ذلك الشىء ببطء وإعطى الطفل الوقت ليتتبعه . إذا إنقلب الطفل فإتركيه يأخذ الشىء ليلعب به . كررى ذلك من الناحية الأخرى.

٣- ضعى الطفل على بطنه . شدى الطفل من ظهر قميصه أو ملابسه برفق حتى تبدأ حركة الكتف .

٤- بعد تغيير ملابس الطفل على الأرض أو على سطح واسع (مثل السرير) شجعيه على التقلب وذلك بوضع لعبة جذابة أو شيئاً أبعد قليلاً من متناول يده . إستخدمى كلمات التشجيع أو هزى اللعبة .... إلخ . إربتى على ذراع الطفل أو كتفه لمساعدته على التحرك ناحية اللعبة . إعطى اللعبة للطفل عندما ينقلب.





وزارة التربية والتعليم . مصر ١٩٩٩

بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"



النمو المعرفى : ٥

العمر : . - ١

الأداء : يضع شيئاً فى وعاء عندما يطالب منه ذلك لفظياً .

أنشطة مقترحة :






١- أمسكى الطفل شيئاً ، أميلى الوعاء ناحيتة وأرشدى يده تجاه الوعاء . شجعيه لإسقاط الشئ فيه . أظهرى سرورك لمجهوداته .

٢- أرى الطفل كيف يضع الأشياء داخل الوعاء ، ثم ساعديه بإرشاد يديه وقولى "جوه" (فى) وأخبريه " حسن ، ضعه بالداخل" ثم شجعيه ليستمر بقولك " مرة أخرى " أو" ضع الثانية بالداخل" وثبتى الوعاء .

٣- ثبتى الإناء بإستخدام قاعدة تفريغ الهواء أو بإمساكه حتى لا يميل .

٤- إمدحى الطفل لوضعه المكعبات فى الوعاء أو اللعب داخل صندوق اللعب .

٥- جربى إستخدام وعاء شفاف حتى يرى الطفل الشئ عندما يضعه بداخله.




وزارة التربية والتعليم . مصر ١٩٩٩

بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"






النمو المعرفي : ١٨

العمر : ١-٢

الأداء : يطابق الأشياء المتماثلة .

أنشطة مقترحة :

١- إجعلى الطفل يحاول تصنيف السيارات عن المكعبات أو التفاح أو البرتقال . أريه ذلك أولاً بعمل الأداء معه تحدثى معه عن أن الأشياء متماثلة ومختلفة .




٢- إستخدمى كيسين بهما أشياء متماثلة أخرجى شيئاً من الكيس الخاص بك وإسألى الطفل ليجد نفس الشئ فى الكيس الخاص به .

٣-جربى الأنشطة السابقة بإستخدام الصور بدلاً من الأشياء .

٤- إبدئى بشيئين معروفين للطفل (كورتين ، عروستين ..... الخ) . إمسكى بكرة واحدة وإسألى الطفل ليجد واحدة مثلها . كررى ذلك مع العروسة . بالتدريج زيدى أعداد وأصناف الأشياء التى يطابقها .








وزارة التربية والتعليم . مصر ١٩٩٩

بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"







النمو المعرفى : ٣٠

العمر : ٢-٣

الأداء: ينسخ دائرة .

أنشطة مقترحة :

١- إعملى أشخاصاً أو حيوانات من دوائر ورق مقوى . إرسمى دائرة كبيرة ، ثم إطلبى من الطفل أن يرسم بعض الأشكال الدائرية بنفسه وساعديه فى قصها ، ثم ساعديه ليلصق الأشكال مع بعضها ليعمل أشخاصاً وحيوانات . شجعيه لإستخدام الأقلام فى عمل ملامح الوجه أو التفاصيل الأخرى مثل إضافة شعر من الخيوط ...إلخ .

٢- إستخدمى قطعة البازل المستديرة أو قطاعه البسكويت حتى يتتبعها الطفل إذا قابل صعوبة ضعى يدك فوق يده وأرشديه فى عمل الحركة الدائرية بالقلم السميك أو الطباشير أيهما أسهل .

٣- مارسى رسم دوائر فى الرمل أو فى الدقيق الذى فى قاع صينية الكيك أو أثناء التلوين بالأصابع معا .







وزارة التربية والتعليم . مصر ١٩٩٩

بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"



النمو المعرفى : ٤١

العمر : ٣-٤

الأداء : يسمى الأشياء وفقاً لأحجامها "كبيرة" و "صغيرة"

أنشطة مقترحة :

١- أثناء اللعب إستعملى كرتين حمراوتين ، واحدة كبيرة والأخرى صغيرة . سمى الكور بالكبيرة والصغيرة . إطلبى من الطفل أن يدحرج أو يلقى إليك بالكرة الكبيرة ثم الكرة الصغيرة . أثناء إعادة الكرة للطفل .. أخبريه أى الكرتين تعيدينها إليه الكبيرة أم الصغيرة .

٢- أثناء الطهى أو الخبز إستعملى ملعقتين كبيرة وصغيرة فى التقليب والمكيال . إطلبى من الطفل أن يعطيك أو يستعمل الملعقة الكبيرة أو الصغيرة. أيضا اطلبى منه أن يخبرك أى الملعقتين يستخدم أثناء التقليب أو فى الكيل .

٣- عند شرائك للإحتياجات المنزلية وضحى للطفل أن هناك أحجاما كبيرة وأخرى صغيرة من الأشياء التى تريدين شراءها واجعليه يقارن بين الحجمين ثم أخبريه أنك تريدين شراء الحجم الكبير (أو الصغير) واتركيه يأتى به إليك وفى مرة أخرى إختارى الحجم الصغير (أو الكبير) واسأليه أى الحجمين قد إخترت.

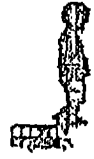












النمو الحركي: ٢١

العمر: ٠ - ١

الأداء: يحبو إلى الأمام بمقدار طول جسمه ليحصل على شيء.

أنشطة مقترحة:

١- ضعي الطفل على الأرض في وضع الحبو وساعديه بلطف بتحريك إحدى ذراعيه للأمام وكرري هذه الحركة بتبادل الذراعين.

٢- ضعي الطفل على الأرض. ضعي لعبة أو قطعة طعام بضع سنتيمترات بعيداً عن متناوله. إجذبي إنتباهه إليها بخبطها على الأرض والحديث إليه. إعطيه اللعبة أو قطعة الطعام كمكافأة له إذا إستطاع أن يصل إليها. (إذا حاول بجد ولكنه لم يستطع كافئي مجهوداته) زيدي المسافة بين الطفل وما يريد أن يناله "الشيء" تدريجياً.

٣- إجلسي أمام الطفل وامسكي بذراعيه من عند الكتف واجذبيه نحوك.

٤- ضعي فوطة تحت الطفل وإمسكي بطرفيها لتساعديه على رفع بطنه من على الأرض مستندا على يديه وركبتيه، قللي مساعدتك له كلما بدأ في سند نفسه.

٥- ضعي الطفل على لوح التزحلق (لوح بعجل) على بطنه. ساعديه على الحركة بتحريك ذراعيه كأنه يسبح حتى يحرك اللوح. (كوني حذره حتى لا يجرح يديه أو ساقيه من اللوح) قدمي له الأهداف التي يجب أن يصل إليها.







بطاقة برنامج التنمية الشاملة
الطفولة المبكرة "بورتاج"



النمو الحركي: ٤٩

العمر :١-٢

الأداء : يتسلق إلى مقعد الكبار ثم يستدير ويجلس .

أنشطة مقترحة :

١- إجلسى على مقعد ثم شجعى الطفل على أن يزحف لأعلى ويجلس معك وقدمى له آية مساعدة بدنية ضرورية .

٢- أزيلى الوسادة الخاصة بالمقعد حتى لا يضطر الطفل للصعود لمسافة كبيرة وشجعيه على الزحف لأعلى. عند الضرورة ساعدى الطفل على أن يمسك المقعد كى يساعده ذلك على رفع جسمه إلى اعلى .

٣- ضعى الطفل فى مواجهة مقعد منجد وضعى يديه على المقعد . ساعديه على أن يرفع ركبته على المقعد ثم إدفعيه لأعلى. إذا لزم الأمر ساعدى الطفل كى يمسك بجانب المقعد حتى يساعده ذلك على الشد لأعلى.

٤- إستخدمى الكرسى الخاص بالمطبخ والذى توجد به قوائم فى الظهر وشجعى الطفل على أن ينحنى بجسمه على الجزء الأمامى من الكرسى كى يصل إلى أحد هذه القوائم ويمسك بها حتى تساعديه على رفع جسمه إلى أعلى .











بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"



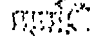
النمو الحركي: ٧٥

العمر: ٢-٣



الأداء: يفك الألعاب التي تحتاج اللف عند فتحها.

أنشطة مقترحة:



١- ضعي يدي الطفل على قمة لعبة وقاعدتها وضعي يديك على يدي الطفل وقومي بتحريكها حركة دائرية لفكها.

٢- في أوقات الأكل ضعي الأطعمة في أواني بلاستيكية ذات أغطية تحتاج الى لفها عند فتحها لممارسة الحركة الدائرية. بعد ما يستطيع الطفل فتح الأناء، ساعديه في إفراغ الطعام منه داخل كل إناء زجاجي كما يرى الطفل هذا الشيء بالداخل.



٣- ضعي شيئاً جميلاً في داخل كل جزء من أجزاء اللعب المتداخلة التي تحتاجين الفها عند فتحها، شجعيه على لفها وفتحها ليبحث عن اللعبة.

٤- عند الضرورة إمسكي بالجزء السفلي بينما يقوم الطفل بفك الجزء العلوي.







النمو الحركي : ٩١

العمر : ٣-٤ سنوات

الأداء : يصعد السلم بتبادل القدمين.

أنشطة مقترحة :

١- ساعدي الطفل على تحقيق المهمة وذلك بالوقوف خلفه وتحريك قدميه إلى الدرجة التالية تاركة الدرجة التي يقف عليها بقدمه الأخرى حتى يستوعب فكرة التبادل.

٢- عندما يستطيع أن يفعل ذلك بأقل مساعدة جسمية ، إلمسي فقط الرجل التي ستتحرك لتذكيره بها.

٣- إمسكي يد الطفل وساعديه على صعود الدرجات بتبادل القدمين ، ثم خففي المساعدة تدريجيا ، دعيه يمسك بالدرابزين لمساعدة التوازن.

٤- إجعلي فردة واحدة من حذاء الطفل مربوطة برباط أحمر والأخرى برباط أخضر أو استخدمي ملصقات حمراء وخضراء على كل فردة حذاء وضعي خيوطاً حمراء وخضراء على الدرجات بالتبادل خلال الصعود . وأخبري الطفل أن يضع الحذاء ذو الرباط الأحمر على الدرجة الحمراء والحذاء ذو الرباط الأخضر على الدرجة الخضراء .

٥- ضعي شيئا أو لعبةً محببةً على أعلى السلم وشجعي الطفل على الصعود إليها، أو اجعلي فرداً آخر من الأسرة يلاعبه من أعلى درجات السلم.

بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"



التنشئة الإجتماعية ١

العمر : صفر –١

الأداء : يراقب شخصا يتحرك أمام بصره مباشرة .

أنشطة مقترحة :

١- أجلسى الطفل فى مقعده حتى يستطيع رؤية ما حوله . سيرى عبر مجال رؤيته وارقبى ما إذا كان الطفل يتابع تحركاتك . تحدثى إلى الطفل وابتسمى أو إستخدمى مصدر صوت لتشجيع الطفل للنظر تجاهك .

٢- إقتربى بوجهك نحو الطفل وتحدثى وإبتسمى له لجذب إنتباهه ، إبتعدى تدريجياً عن الطفل وإستمرى فى نشاطك وأنت فى مجال رؤيته . شجعى الطفل على أن يحافظ على الإتصال البصرى عن طريق التحدث إليه.





بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"








التنشئة الإجتماعية ٣١

العمر: ١-٢

الأداء : يشارك فى لعبة مثل دفع السيارة أو دحرجة الكرة مع طفل آخر لمدة تتراوح ما بين ٢ ، ٥ دقائق .

أنشطة مقترحة :

١- نظمى ألعاب جماعية مع أطفال آخرين من نفس العمر تقريباً لعمر طفلك . إجعليهم يشاهدون كيف تقذفى الكرة إليهم ، ثم إليك ، أو إرقصى معهم لتريهم خطوات الرقص أو تبادلى معهم تقليد الأفعال.

٢- أقيمى منحدر عن طريق سند لوح كرتون على صندوق ، وضحى للطفل كيف يضع عربة نقل لعبة أو عربة على القمة ثم إدفعيها قليلاً حتى تتدحرج لأسفل . إطلبى من أحد الأطفال أن يبدأ بدفع اللعبة واطلبى من الآخران أن يمسكاها ثم قومى بتبديل الأماكن .قد يحتاج الأطفال لقليل من المساعدة ولذلك حاولى أن تتبادلى معهم الأداور فى دفع السيارة .

٣- أجلسى الأطفال على بعد ٩٠ : ١٢٠ سم عن بعضهم البعض واطلبى منهم دفع سيارة لعبة أو دفع لعبة يتم ملؤها جيئةً وذهاباً . إمدحيهم على حسن اللعب ، وتحدثى عن متعة اللعب معهم بإبتسامة.







التنشئة الإجتماعية ٣٧

العمر :١-٢

الأداء : يعطى كتاباً لشخص كبير ليقرأه له أو يشاركه فى تصفحه.

أنشطة مقترحة :

١- إنتبهى إلى محاولات الطفل للتواصل مع الآباء بصفه مستمرة . إذا لم تستطيعى أن تقرئى مع الطفل عندما يطلب منك ذلك وقولى له : أنك سوف تقرئين معه فيما بعد . وتأكدى من أنك سوف توفى بوعدك.

٢- إذا أراد الطفل أن تقرئى له إجلسى واطلبى منه أن يحضر لك كتاباً . قدمى اقتراحات إذا لزم الأمر مثل : "دعنا ننظر فى كتاب الحصان" ، أو احضر لى كتاب الطفل "......إلخ

٣- إهتمى بالكتاب الذى يعرضه الطفل عليك وإشرحى وعلقى على بعض الصور.

٤- يحب الأطفال رؤية صورهم وصور أفراد العائلة . وفرى ألبوم للأسرة ككتاب يمكن مشاهدته . تحدثى عما يفعله الطفل وباقى أفراد الأسرة فى الصورة .

٥- عندما تقرئين صحيفة أو مجلة إعرضى على الطفل صوراً لطيفة مثل : صور الحيوانات والأطفال .....إلخ .

بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"

التنشئة الإجتماعية ٤٤

العمر: ٢-٣

الأداء : يتعاون مع طلبات الوالدين ٥٠٪ من الوقت .

أنشطة مقترحة :

١- كافئى السلوك المتوقع أو التصرفات الحسنة . امدحى الطفل واعطيه الإهتمام اللازم عندما يتطلع لذلك .

٢- نبهى الطفل إلى أن المهمة لابد أن تتغير وامنحيه وقتاً حتى يفرغ مما يفعل. قولى له ماذا سيحدث بعد ذلك ؟ " مثل بعد الأكل يذهب إلى النوم."

٣- لا تسأليه أسئلة يمكن أن يجيبها بـ لا إلا إذا كنت ستوافقى على لا مثل : "هل تريد الذهاب للفراش ؟".

٤- حاولى أن تلزميه بعدد قليل من القواعد الدائمة ، مثل الأكل لا يكون إلا على مائدة المطبخ فقط .

٥- إستخدمى لغة بسيطة وواضحة عندما تطلبى من الطفل أن يفعل شيئاً. لا تطلبى منه أن ينفذ أمرين متصلين فى آن واحد ، ولا تطلبى منه أن يؤدى أمرين لا علاقة بينهما .

بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"



التنشئة الإجتماعية : ٥٥



العمر : ٣-٤

الأداء : يتبع القواعد فى الألعاب الجماعية التى يقودها شخص كبير .



أنشطة مقترحة :

١- إبدئى بمجموعات صغيرة من الأطفال . إختارى لعبة ذات قواعد بسيطة ووضحيها للأطفال عن طريق أدائها ببطء ، ثم اسحبى مساعدتك الشفهية والبدنية تدريجياً أثناء اللعب مع الأطفال .

٢- إلعبى ألعاب مثل لعبة الثعلب فات ، الاستغماية .

٣- إلعبى اللعبة مرة واحدة ثم اجعلى الشخص الذى حان دوره ليكون القائد يختار لعبة . راجعى القواعد مع الطفل وشجعيه على المشاركة . شجعى الطفل لإتباعه القواعد .

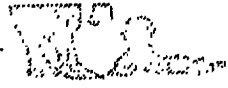








بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"



مساعدة الذات : ٢٩



العمر : ٢-٣

الأداء: يغرف الأكل بإستخدام الشوكة .

أنشطة مقترحة :



١- إستخدمى الطعام الذى يسهل إلتقاطه بالشوكة ومحبب لدى الطفل (قطع كبيرة من خضروات شبه طرية ، لحم ، قطع من الفواكه) .

٢- شجعى الطفل على إستخدام الشوكة أثناء تناول الطعام من الطبق . ضعى ملعقة على المائدة مع سلطانية لإستخدامها فى نهاية الوجبة عندما يشعر الطفل بالتعب . أثنى على الطفل عند إستخدامه للشوكة .

٣- أثناء اللعب ضعى ماء فى صندوق الرمل ودعى الطفل يبلل الرمل أو يلتصق بالأشياء. إستخدمى أنواعاً مختلفة من الملاعق والفناجين والشوك وإتركى الطفل يجرب الغرف بمفرده .



٤- ضعى يدك فوق يد الطفل لمساعدته فى إستخدام الشوكة. قللى المساعدة تدريجياً إلى أن يتمكن الطفل من إستخدام الشوكة بمفرده. أثنى على مجهودات الطفل .





وزارة التربية والتعليم . مصر ١٩٩٩

بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"





مساعدة الذات : ١٠

العمر : ٠ – ١

الأداء : يطعم نفسه باستخدام الأصابع .

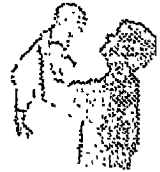
أنشطة مقترحة :



١-ضعى عدة قطع فى حجم القضمة من الطعام المفضل لدى الطفل أمامه . إذا كان للطعام رائحة إمسكيه بجوار أنف الطفل قبل وضعه أمامه لجذب إنتباهه للطعام إستخدمى أطعمة مثل التوست والخضروات المطبوخه مثل الفاصوليا والجزر أو قطع من الفاكهة الطرية والبسكويت .

٢- قدمى الطعام فى بداية الوجبه عندما يكون الطفل فى حالة جوع .

٣- إذا لم يمسك الطفل بالطعام بنفسه فضعى قطعاً صغيرةً من الطعام فى يده وساعديه بإرشاد يده ناحية فمه .







مساعدة الذات : ١٥

العمر : ١–٢

الأداء: يمسك ويشرب من كوب باستخدام يدٍ واحدةٍ .

أنشطة مقترحة :

١– استخدمى كوباً بمقبضٍ واحد .
٢– ساعدى الطفل بإرشاد يده أثناء قيامه بتحريك الكوب تجاه فمه، وامدحيه .
٣– ضعى لعبه صغيرة فى يده الأخرى حتى يستخدم يد واحدة فى الإمساك بالكوب .
٤– ساعدى الطفل على مسك الكوب بيد واحدة وذلك بوضع يدك حول يده . بالتدريج إسحبى المساعدة .
٥– ضعى كمية قليلة من السائل فى الكوب لتفادى الإنسكاب الكثير.
٦– فى البداية إستعملى كوب ثقيل نوعا ما حتى لا يميل بسهولة. جربى وضع فنجانين بلاستيكين داخل بعضهما البعض مع وضع قليل من الرمل فى الفنجان الخارجى لزيادة وزنهما .
٧– أرى الطفل كيف يضع الفنجان برفق حتى لا يسكب محتوياته .

وزارة التربية والتعليم . مصر ١٩٩٩









مساعدة الذات : ٥٩

العمر ٣-٤

الأداء: يغلق الكبسونة أو الكُبشة .

أنشطة مقترحة :

١- ثبتى كبسونة أو كبشة على قطعة من القماش . ساعدى الطفل بإرشاد يديه وقللى المساعدة تدريجياً .

٢- دعى الطفل يراك تقومين بغلق الكبسونة أو الكبشة وإشرحى له ما تفعلينه، ثم إطلبى منه أن يقوم بنفس الشئ مع إعطائه نصائح شفهية .

٣- أغلقى الكبسونات أو الكبش الموجودة فى خلفية صور جذابة مصنوعة من القماش . مارسى عملية غلق الكبسونات أو الكبش لتثبيت تلك الصور على قطع قماش أخرى .

٤- إبدئى بالإمساك بالجزء السفلى للكبسونة وأطلبى من الطفل أن يدفع الجزء العلوى داخله. بالتدريج دعى الطفل يمسك بالجزء السفلى للكبسونة أثناء دفعه للجزء العلوى بداخله .

٥- إمسكى بدائرة الكبشة ودعى الطفل يمسك بالطرف الآخر ويغلقها. عندما يكتسب الطفل هذه المهارة دعيه يمسك بالطرفين ويغلق الكبشة.

٦- إبدئى بإستخدام كبسونات وكبش كبيرة الحجم ثم قللى الحجم تدريجياً .

٧- إبدئى بممارسة هذه العملية على ملابس الغير وعندما يصبح الطفل ماهراً فى ذلك، دعيه يمارس نفس العملية على ملابسه التى يرتديها. إصنعى أحزمة من الأقمشة القديمة وثبتى بها كبسونات أو كُبش ثم إجعلى الطفل يرتديها ويغلق الكبسونة أو الكبشة .









بطاقة برنامج التنمية الشاملة
للطفولة المبكرة "بورتاج"



لغة : ٢

العمر : صفر –١



الأداء : يكرر مقطع مرتين أو ثلاث مرات مثل : (ما، ما، ما) .

أنشطة مقترحة :



١- أثناء النهار أصدرى الأصوات التى تتماشى مع ما يحدث ، مثل : أثناء إستحمام الطفل إدفعى بمركب له فى الماء و قولى : "بو.. بو.. بو" أوقولى" بيب .. بيب " أثناء دفع سيارة لعبة أو"فو.. فو" مع اللعب بالطائرة .

٢- بعد أن يكرر الطفل الصوت إمدحيه وكررى الصوت الذى أصدره .

٣- عندما يكرر الطفل صوتاً مثل "ما" قلديه بسرعة وكررى الصوت مرتين وشجعيه على أن يصدر الأصوات معك .











لغة: ١٧



العمر: ١-٢

الأداء: يشير إلى ٢-٥ صور في كتاب عند ذكر أسمائها.

أنشطة مقترحة:

١- إبدئي بصور أشياء مألوفة وذلك باستخدام الكتب البسيطة والتي تحتوى على صورة واحدة في الصفحة. فبينما تنظرين أنت والطفل في الكتاب معا إذكري إسم الشئ واجعلي الطفل يشير إليه، ثم استخدمي الكتب التي تحتوى على ٢-٥ أشياء في الصفحة وسمي الأشياء ثم إسألي الطفل أن يشير إليهم.



٢- إستعملي كتالوج اللعب أو المجلات القديمة لتقص منها صور الأشياء المألوفة. (يمكن للطفل أن يساعدك في إختيار الصور) إلصقي الصور على قطع من الورق أو دبسيهم أو خيطيهم مع بعض لعمل كتاب. تصفحا الكتاب الذي إبتكرته مع الطفل واطلبي منه أن يشير إلى الصور المختلفة وأنت تذكرين إسمها.

٣- إقرئي القصص المصورة للطفل والتي تحتوى على صور أشياء مألوفة. إطلبي من الطفل أن يشير إلى الأشياء وأنت تسميها.

٤- إذا كان الطفل يستطيع الإشارة إلى الأشياء بدون صعوبة ولكن لديه مشكلة في الإشارة إلى صور الأشياء نفسها فالصقي الصورة بشريط لاصق مع الشئ نفسه (أو إلصقي الشئ إلى الصورة إذا كان ذلك الشئ صغيراً.) فمثلاً: إلصقي صورة التفاحة إلى تفاحة حقيقية لتساعديه في عملية الربط بين الشئ وصورته أو إلصقي قلماً صغيراً على صورة القلم.



٥- إلتقطي صوراً الأشياء حقيقة في البيئة المحيطة بالطفل. ضعي تلك الصور في ألبوم واستخدميه في أوقات حكاية القصص. تحدثي عن الصور واجعلي الطفل يشير إلى الأشياء المختلفة وأنت تسمينها.





بطاقة برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتاج"

لغة: ٤٩

العمر: ٢-٣

الأداء: يستخدم كلمة " أنا " و" بتاعتى " بدلاً من إسمه .

أنشطة مقترحة :

١- أثناء حديثك مع الطفل خلال اليوم إسأليه أسئلة تتطلب الإجابة عليها إستخدام كلمة " أنا " أو" بتاعتى " . " مثلاً " فانلة من هذه ؟" أو "من يريد كيك ؟" إذا لم يستعمل الطفل تلك الكلمات فأعطيه مثال .

٢- عند إستخدامك لشئ يخصك (كتاب ، قطعة ملابس ، مفاتيح ... إلخ) أشيرى بها إلى الطفل وقولى :" دى بتاعتى " أو" هذه المفاتيح بتاعتى ".

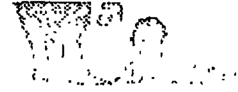
٣- أثناء اللعب سوياً إبحثى عن الفرص التى تتيح لك وللطفل مناولة الأشياء لبعضكما مثلما يحدث أثناء اللعب بالكوتشينة أو المكعبات أو التلوين بالأقلام الملونة . شجعى الطفل على أن يقول ."من فضلك إعطنى (الشئ المطلوب)" وإستعملى تلك الصيغة (صيغة المتحدث) بنفسك .

٤- إلعبى لعبة " القائد يقول " بطريقة محورة وذلك باستعمال كلمة أنت عند إعطاء الأمر فمثلاً قولى :" القائد يقول إذهب أنت إلى الباب " أو القائد يقول صفق أنت بيديك (وهكذا فى البداية يمكنك أن تشيرى إلى الشخص عندما تقولين كلمة "أنت" إعطى الفرصة للطفل ليكون القائد ويعطى الأوامر.

٥- إستمعى للطفل وهو يتحدث وإمدحيه عندما يستعمل هذه الضمائر.

٦- عند إعطاء الأمثلة للطفل ضخمى الصوت فى تلك الضمائر لتجذبى إنتباه الطفل لها .

وزارة التربية والتعليم . مصر ١٩٩٩



لغة : ٥٧

العمر : ٣-٤

الأداء : ينفذ سلسلة من أمرين غير مرتبطين ببعضهما .

أنشطة مقترحة :

١- أعطى الطفل خلال النهار أوامر بسيطة وغير مرتبطة تتعلق بالأشياء أو الأفكار المألوفة بالنسبة له . فمثلاً " من فضلك أغلق الباب وأحضر قصتك لى ". أو " من فضلك خذ الكرة وافتح الباب ". إشكرى الطفل على تنفيذه تلك التعليمات وإذا لم يقم بها فافعلى هذه الأنشطة معه وأنت تعطيه الأوامر مرة أخرى .

٢- إبدئى بأمر واحد وعندما يكون الطفل قادراً على تنفيذ أمراً واحداً أضيفى الأمر الثانى .

٣- إستعملى مجموعة من الأنشطة الحركية أثناء اللعب لتجعلى إتباع الأوامر أكثر متعة . أخبرى الطفل أنك تريدينه أن ينصت بعناية ويفعل ماتقولينه بنفس الطريقة التى قلتها . بعض الأمثلة يمكن أن تكون " إحجل حتى الباب ثم أطرق عليه ثلاث مرات ". أو " نط نطة كبيرة ثم إجلس " إعطى الفرصة للطفل ليأخذ الدور ويعطيك الأوامر لتتبعيها .

٤- إجعلى الطفل يخبرك بما يجب أن يفعله قبل أن يقوم به لتتأكدى من أنه قد سمع الأوامر جيداً.





ملحق رقم (٢)

مقياس النضج الإجتماعي

"فايند لاند"

استمارة الاستجابات علي مقياس
فايند لاند* ـ للنضج الاجتماعي

رقم الملف : ------------------------------

الاسم : --- النوع : ذكر ( ) أنثي ( )

المدرسة : ----------------------------------- السنة الدراسية : ------------------

محل الإقامة : --

الجهة المحول : --

تاريخ إجراء الاختبار : --

يوم شهر سنة

تاريخ الميلاد : ------ ------ ------

العمر الزمني : ---

العمر الاجتماعي القاعدي : ------------------------ الدرجة الكلية :---------------

العمر الاجتماعي : --

نسبة الذكاء الاجتماعي :--

الأب : موجود ( ) : مستوي تعليمه: أمي ( ) ، يقرأ ويكتب ( ) شهادة أقل من المتوسط ( )

وظيفته : ------------------------ شهادة متوسطة ( ) ، شهادة جامعية ( ).

غير موجود ( ): منذ سنة: بسبب: وفاته ( ) ، طلاق ( ) ، أخري

الأم : موجودة ( ) : مستوي تعليميا: أمية ( ) ، تقرأ وتكتب ( ) شهادة أقل من المتوسط ( )

وظيفتها: ------------------------ شهادة متوسطة ( ) ، شهادة جامعية ( ).

غير موجودة ( ): منذ سنة: بسبب: وفاتها ( ) ، طلاقها ( ) ، أخري

مكان الفحص : ---

الأخصائي النفسي الفاحص :--

(مستوي العمر)

صفر – سنة

(   ) ١- صياح ضحك --

(   ) ٢- سند الرأس --

(   ) ٣- مسك الأشياء التي في متناول اليد ---------------------------------

(   ) ٤- البحث عن أشخاص اليقين إليه --------------------------------------

(   ) ٥- التقلب علي الوجه الأخر ---

(   ) ٦- الوصول إلي الأشياء القريبة ---

(   ) ٧- شغل الطفل نفسه دون أن يلفت إليه أحد ---------------------------------

(   ) ٨- الجلوس دون مساعدة --

(   ) ٩- قدرة الطفل علي شد نفسه عمودياً --------------------------------------

(   ) ١٠- الكلام (تقليد الصوت) ---

(   ) ١١- الشرب من فنجان أو كوب بمساعدة ----------------------------------

(   ) ١٢- التنقل علي الأرض ---

(   ) ١٣- إمساك الأشياء بالإبهام أو أحد الأصابع ---------------------------------

(   ) ١٤- طلب انتباه شخصي --

(   ) ١٥- الوقوف وحده --

(   ) ١٦- عدم التزييل --

(   ) ١٧- اتباع التعليمات البسيطة ---

سنة – سنتين

(   ) ١٨- التجول في الحجرة دون ملاحظة ---------------------------------------

(   ) ١٩- وضع علامات بالقلم أو الطباشير --------------------------------------

(   ) ٢٠- مضغ الطعام ---

(   ) ٢١- خلع الشراب ---

(   ) ٢٢- تحريك الأشياء --

(   ) ٢٣- التغلب علي العقوبات البسيطة --

(   ) ٢٤- البحث عن أشياء مألوفة أو حملها --

(   ) ٢٥- الشرب من فنجان أو كوب دون مساعدة -----------------------------------

(   ) ٢٦- القدرة علي المشي عند الخروج ---

(   ) ٢٧- اللعب مع أطفال آخرين --

(   ) ٢٨- استخدام الملعقة في الأكل --

(   ) ٢٩- التجول في المنزل أو أمامه مباشرة --

(   ) ٣٠- تمييز المواد الصالحة للأكل --

(   ) ٣١- استعمال أسماء الأشياء المألوفة --

(   ) ٣٢- صعود السلم دون مساعدة --

(   ) ٣٣- نزع ورقة الحلوى الملفوفة --

(   ) ٣٤- استعمال جمل قصيرة في الكلام --

سنتان – ثلاث سنوات

(   ) ٣٥- طلب الذهاب إلى التواليت --

(   ) ٣٦- اللعب و النشاط تلقائيا --

(   ) ٣٧- خلع الجاكيت و الفستان --

(   ) ٣٨- الأكل بالشوكة --

(   ) ٣٩- يسقي نفسه دون مساعدة --

(   ) ٤٠- تنشيف اليدين --

(   ) ٤١- حماية نفسه من الأخطار البسيطة --

(   ) ٤٢- لبس جاكت أو فستان دون مساعدة --

(   ) ٤٣- استخدام المقص --

(   ) ٤٤- حكاية خبر الله --

٣ سنوات – ٤ سنوات

(   ) ٤٥- نزول السلم --

(   ) ٤٦- الاشتراك في نشاط تعاوني --

(   ) ٤٧- اللبس مع ربط الأزرار --

(   ) ٤٨- المساعدة في الأعمال المنزلية البسيطة --

(   ) ٤٩- القيام بحركات التسلية الآخرين --

(   ) ٥٠- غسل اليدين و تنشيفها دون مساعدة --

٤ سنوات – ٥ سنوات

(   ) ٥١- يعتني نفسه في التواليت --

(   ) ٥٢- يغسل وجهه دون مساعدة --

(   ) ٥٣- يتجول في الشارع او المنطقة القريبة من الحي دون إشراف ــــــــــــ

(   ) ٥٤- يلبس نفسه فيما عدا الربط ــــــــــــ

(   ) ٥٥- يستخدم القلم أو الطباشير للكتابة أو الرسم ــــــــــــ

(   ) ٥٦- يلعب ألعاب تنافسية ــــــــــــ

٥ سنوات ـــ ٦ سنوات

(   ) ٥٧- يستخدم عجلة أو عوامة خشبية أو عربة ــــــــــــ

(   ) ٥٨- يكتب كلمات بسيطة ــــــــــــ

(   ) ٥٩- يلعب ألعاب المائدة البسيطة ــــــــــــ

(   ) ٦٠- القدرة علي صرف مبالغ صغيرة من النقود ــــــــــــ

(   ) ٦١- يذهب إلي المدرسة دون إشراف ــــــــــــ

٦ سنوات ـــ ٧ سنوات

(   ) ٦٢- القدرة علي عمل ساندوتش ــــــــــــ

(   ) ٦٣- يستخدم قلم الكتابة ــــــــــــ

(   ) ٦٤- يستحم بمساعدة ــــــــــــ

(   ) ٦٥- يذهب إلي السرير دون مساعدة ــــــــــــ

٧ سنوات ـــ ٨ سنوات

(   ) ٦٦- معرفة الوقت في حدود الربع ساعة ــــــــــــ

(   ) ٦٧- يستخدم سكين المائدة في القطع ــــــــــــ

(   ) ٦٨- لا يصدق في وجود أشباح ــــــــــــ

(   ) ٦٩- يسهل في ألعاب الأطفال الذين تقع أعمارهم قبل سن المراهقة ــــــــــــ

(   ) ٧٠- تسريح الشعر بالمشط أو الفرشاة ــــــــــــ

٨ سنوات ـــ ٩ سنوات

(   ) ٧١- استخدام أدوات ــــــــــــ

(   ) ٧٢- القيام بأعمال المنزل الروتينية ــــــــــــ

(   ) ٧٣- القراءة من تلقاء نفسها ــــــــــــ

(   ) ٧٤- الاستحمام بلا مساعدة ــــــــــــ

٩ سنوات ـــ ١٠ سنوات

(   ) ٧٥- يعني بنفسه علي المائدة ــــــــــــ

(   ) ٧٦- يقوم بعمليات شراء صغيرة ــــــــــــ

(   ) ٧٧- التجول في حدود المنطقة أو الحي بحرية --

١٠ سنوات ــ ١١ سنة

(   ) ٧٨- يكتب خطابات قصيرة من حين لآخر --

(   ) ٧٩- يقوم بمكالمات تليفونية --

(   ) ٨٠- يقوم ببعض الأعمال الصغيرة ذات الأجر --

(   ) ٨١- الاتصال الكتابي بالمجلات أو بالإذاعة --

١١ سنة ــ ١٢ سنة

(   ) ٨٢- القيام بأعمال إبداعية بسيطة --

(   ) ٨٣- يرعى نفسه أو الآخرين --

(   ) ٨٤- يستمتع بالكتب أو بالصحف أو بالمجلات --

١٢ سنة ــ ١٥ سنة

(   ) ٨٥- القيام بأعمال صحية --

(   ) ٨٦- القيام بالارتداء الكامل للملابس --

(   ) ٨٧- القيام بشراء كماليات الملابس --

(   ) ٨٨- الاشتراك في جماعات المراهقين --

(   ) ٨٩- تحمل مسئولية القيام ببعض الأعمال الروتينية --

مجالات السلوك التي يتم قياسها	البنود التى تمثلها
(أ) الاعتماد علي النفس ١- بوجه عام	٢-٣-٥-٦-٨-٩-١٣-١٥-٢٣-٢٦-٣٥-٤١-٥١-٦٦
٢- في الطعام و الشراب	١١-١٦-٢٠-٢٥-٢٨-٣٠-٣٣-٣٨-٣٩-٦٢-٦٧-٧٥
٣- في الملبس	٢١-٣٧-٤٠-٤٧-٥٠-٥٢-٥٤-٦٤-٦٥-٧٠-٧٤-٨٦
(ب) الحركة	١٢-١٨-٢٩-٣٢-٤٥-٣٥-٦١-٧٧
(ج) الانشغال بأعمال	٧-١٩-٢٢-٢٤-٣٦-٤٣-٤٨-٥٥-٥٧-٧١-٧٢-٨٠-٨٢-٨٩
(د) الاتصال	١-١٠-١٧-٣١-٣٤-٤٤-٥٨-٦٣-٧٣-٧٨-٧٩-٨١-٨٤
(هـ) توجيه النفس	٦٠-٧٦-٨٣-٨٧
(و) التطبيع الاجتماعي	٤-١٤-٢٧-٤٦-٤٩-٥٦-٥٩-٦٨-٦٩-٨٥-٨٨

الدرجة	العمر الاجتماعي	الدرجة	العمر الاجتماعي	الدرجة	العمر الاجتماعي	الدرجة	العمر الاجتماعي
١,٠	٠,٠٦	١٥,٠	٠,٨٨	٢٩,٠	١,٧١	٤٣,٠	٢,٩٠
١,٥	٠,٠٩	١٥,٥	٠,٩١	٢٩,٥	١,٧٤	٤٣,٥	٣,٠٠
٢,٠	٠,١٢	١٦,٠	٠,٩٤	٣٠,٠	١,٧٧	٤٤,٠	٣,٠٠
٢,٥	٠,١٥	١٦,٥	٠,٩٧	٣٠,٥	١,٧٩	٤٤,٥	٣,١٠
٣,٠	٠,١٨	١٧,٠	١,٠٠	٣١,٠	١,٨٣	٤٥,٠	٣,٢٠
٣,٥	٠,٢١	١٧,٥	١,٠٣	٣١,٥	١,٨٥	٤٥,٥	٣,٣٠
٤,٠	٠,٢٤	١٨,٠	١,٠٦	٣٢,٠	١,٨٩	٤٦,٠	٣,٣٠
٤,٥	٠,٢٦	١٨,٥	١,٠٩	٣٢,٥	١,٩١	٤٦,٥	٣,٤٠
٥,٠	٠,٣٠	١٩,٠	١,١٢	٣٣,٠	١,٩٤	٤٧,٠	٣,٥٠
٥,٥	٠,٣٢	١٩,٥	١,١٥	٣٣,٥	١,٩٧	٤٧,٥	٣,٦٠
٦,٠	٠,٣٥	٢٠,٠	١,١٨	٣٤,٠	٢,٠٠	٤٨,٠	٣,٧٠
٦,٥	٠,٣٨	٢٠,٥	١,٢٢	٣٤,٥	٢,٠٥	٤٨,٥	٣,٨٠
٧,٠	٠,٤١	٢١,٠	١,٢٤	٣٥,٠	٢,١٠	٤٩,٠	٣,٨٠
٧,٥	٠,٤٤	٢١,٥	١,٢٦	٣٥,٥	٢,٢٠	٤٩,٥	٣,٩٠
٨,٠	٠,٤٧	٢٢,٠	١,٣٠	٣٦,٠	٢,٢٠	٥٠,٠	٤,٠٠
٨,٥	٠,٥٠	٢٢,٥	١,٣٢	٣٦,٥	٢,٣٠	٥٠,٥	٤,١٠
٩,٠	٠,٥٢	٢٣,٠	١,٣٥	٣٧,٠	٢,٣٠	٥١,٠	٤,٢٠
٩,٥	٠,٥٦	٢٣,٥	١,٣٨	٣٧,٥	٢,٤٠	٥١,٥	٤,٣٠
١٠,٠	٠,٥٩	٢٤,٠	١,٤١	٣٨,٠	٢,٤٠	٥٢,٠	٤,٣٠
١٠,٥	٠,٦٢	٢٤,٥	١,٤٤	٣٨,٥	٢,٥٠	٥٢,٥	٤,٤٠
١١,٠	٠,٦٥	٢٥,٠	١,٤٧	٣٩,٠	٢,٥٠	٥٣,٠	٤,٥٠
١١,٥	٠,٦٨	٢٥,٥	١,٥٠	٣٩,٥	٢,٦٠	٥٣,٥	٤,٦٠
١٢,٠	٠,٧١	٢٦,٠	١,٥٣	٤٠,٠	٢,٦٠	٥٤,٠	٤,٧٠
١٢,٥	٠,٧٤	٢٦,٥	١,٥٦	٤٠,٥	٢,٧٠	٥٤,٥	٤,٨٠
١٣,٠	٠,٧٧	٢٧,٠	١,٥٩	٤١,٠	٢,٧٠	٥٥,٠	٤,٨٠
١٣,٥	٠,٧٩	٢٧,٥٠	١,٦٢	٤١,٥	٢,٨٠	٥٥,٥	٤,٩٠
١٤,٠	٠,٨٣	٢٨,٠	١,٦٥	٤٢,٠	٢,٨٠	٥٦,٠	٥,٠٠
١٤,٥	٠,٨٥	٢٨,٥	١,٦٨	٤٢,٥	٢,٩٠	٥٦,٥	٥,١٠

الدرجة	العمر الاجتماعي	الدرجة	العمر الاجتماعي	الدرجة	العمر الاجتماعي	الدرجة	العمر الاجتماعي
٥٧,٠	٥,٤٠	٧٢,٠	٨,٥١	٨٦,٥	١٣,٥٠	١٠١,٠	٢٠,٠٠
٥٧,٥	٥,٥٠	٧٢,٥	٨,٦٠	٨٧,٠	١٣,٨٠	١٠١,٥	٢٠,٨٠
٥٨,٠	٥,٦٠	٧٣,٠	٨,٧٠	٨٧,٥	١٤,١٠	١٠٢,٠	٢١,٠٠
٥٨,٥	٥,٧٠	٧٣,٥	٨,٩٠	٨٨,٠	١٤,٤٠	١٠٣,٠	٢٢,٠٠
٥٩,٠	٥,٨٠	٧٤,٠	٩,٠٠	٨٨,٥	١٤,٧٠	١٠٤,٠	٢٣,٠٠
٥٩,٥	٥,٩٠	٧٤,٥	٩,٢٠	٨٩,٠	١٥,٠٠	١٠٥,٠	٢٤,٠٠
٦٠,٠	٦,٠٠	٧٥,٠	٩,٣٠	٨٩,٥	١٥,٣٠	١٠٦,٠	٢٥,٠٠
٦٠,٥	٦,١٠	٧٥,٥	٩,٥٠	٩٠,٠	١٥,٥٠	١٠٧,٠	٢٦,٠٠
٦١,٠	٦,٢٠	٧٦,٠	٩,٧٠	٩٠,٥	١٥,٨٠	١٠٨,٠	٢٧,٠٠
٦١,٥	٦,٣٠	٧٦,٥	٩,٨٠	٩١,٠	١٦,٠٠	١٠٩,٠	٢٨,٠٠
٦٢,٠	٦,٤٠	٧٧,٠	١٠,٠٠	٩١,٥	١٦,٣٠	١١٠,٠	٢٩,٠٠
٦٢,٥	٦,٥٠	٧٧,٥	١٠,١٠	٩٢,٠	١٦,٥٠	١١٠+	٣٠,٠٠
٦٣,٠	٦,٦٠	٧٨,٠	١٠,٣٠	٩٢,٥	١٦,٨٠		
٦٣,٥	٦,٧٠	٧٨,٥	١٠,٤٠	٩٣,٠	١٧,٠٠		
٦٤,٠	٦,٨٠	٧٩,٠	١٠,٥٠	٩٣,٥	١٧,٣٠		
٦٤,٥	٦,٩٠	٧٩,٥	١٠,٦٠	٩٤,٠	١٧,٥٠		
٦٥,٠	٧,٠٠	٨٠,٠	١٠,٨٠	٩٤,٥	١٧,٨٠		
٦٥,٥	٧,١٠	٨٠,٥	١٠,٩٠	٩٥,٠	١٨,٠٠		
٦٦,٠	٧,٢٠	٨١,٠	١١,٠٠	٩٥,٥	١٨,١٠		
٦٦,٥	٧,٣٠	٨١,٥	١١,٢٠	٩٦,٠	١٨,٢٠		
٦٧,٠	٧,٤٠	٨٢,٠	١١,٣٠	٩٦,٥	١٨,٥٠		
٦٧,٥	٧,٥٠	٨٢,٥	١١,٥٠	٩٧,٠	١٨,٧٠		
٦٨,٠	٧,٦٠	٨٣,٠	١١,٧٠	٩٧,٥	١٨,٨٠		
٦٨,٥	٧,٧٠	٨٣,٥	١١,٨٠	٩٨,٠	١٩,٠٠		
٦٩,٠	٧,٨٠	٨٤,٠	١٢,٠٠	٩٨,٥	١٩,٢٠		
٦٩,٥	٧,٩٠	٨٤,٥	١٢,٣٠	٩٩,٠	١٩,٣٠		
٧٠,٠	٨,٠٠	٨٥,٠	١٢,٦٠	٩٩,٥	١٩,٥٠		
٧٠,٥	٨,٢٠	٨٥,٥	١٢,٩٠	١٠٠,٠	١٩,٧٠		
٧١,٥	٨,٣٠	٨٦,٠	١٣,١٠	١٠٠,٥	١٩,٨٠		

ملحق رقم (٣)
مقياس المستوى الإجتماعي الإقتصادي للأسرة

مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة

اعـــداد
أ٠د٠ عبد العزيز السـيد الشـخص
قسم الصحة النفسية
كلية التربية ـ جامعة عين شمس

اســتمارة جمــع
بيانات عن الحالة الاجتماعية ـ الاقتصادية للأسرة

١ ـ الاســم : ... ... المدرسة/الجامعة ٠ ٠ ٠ ٠ ٠ ٠

٢ ـ وظيفة رب الأسرة أو مهنته بالتفصيل : ... ...

٣ ـ المرتب الشهرى لرب الأسرة ... ...

٤ ـ مستوى تعليم رب الأسرة (أعلى مؤهل دراسى حصل عليه):
... ...

٥ ـ وظيفة ربة الأسرة أو مهنتها بالتفصيل : ... ...

ـ المرتب الشهرى لربة الأسرة : ... ...

٧ ـ مستوى تعليم ربة الأسرة (أعلى مؤهل دراسى حصلت عليه) :
... ...

٨ ـ مصادر أخرى لدخل الأسرة : ... ...

٩ ـ قيمة الدخل من تلك المصادر : ... ...

١٠ ـ عدد أفراد الأسرة : ... ...

تحاط بيانات هذه الاستمارة بالسرية التــامة ـ ولا تستخدم الا لاغراض البحث العلمى فقط ٠

ملحق رقم (٤)

إستمارة التقــييم

إستمـــــارة التقييم

الإســـم: تاريخ التقييم: تاريخ الميلاد: العمر الزمني:

تنبيه الرضع		الإدراكي					الحركي						الرعاية الذاتية
٧	٣٢	١	٢٦	٥١	٧٦	١٠١	١	٢٦	٥١	٧٦	١٠١	١٢٦	١
٨	٣٣	٢	٢٧	٥٢	٧٧	١٠٢	٢	٢٧	٥٢	٧٧	١٠٢	١٢٧	٢
٩	٣٤	٣	٢٨	٥٣	٧٨	١٠٣	٣	٢٨	٥٣	٧٨	١٠٣	١٢٨	٣
١٠	٣٥	٤	٢٩	٥٤	٧٩	١٠٤	٤	٢٩	٥٤	٧٩	١٠٤	١٢٩	٤
١١	٣٦	٥	٣٠	٥٥	٨٠	١٠٥	٥	٣٠	٥٥	٨٠	١٠٥	١٣٠	٥
١٢	٣٧	٦	٣١	٥٦	٨١	١٠٦	٦	٣١	٥٦	٨١	١٠٦	١٣١	٦
١٣	٣٨	٧	٣٢	٥٧	٨٢	١٠٧	٧	٣٢	٥٧	٨٢	١٠٧	١٣٢	٧
١٤	٣٩	٨	٣٣	٥٨	٨٣	١٠٨	٨	٣٣	٥٨	٨٣	١٠٨	١٣٣	٨
١٥	٤٠	٩	٣٤	٥٩	٨٤		٩	٣٤	٥٩	٨٤	١٠٩	١٣٤	٩
١٧	٤١	١٠	٣٥	٦٠	٨٥		١٠	٣٥	٦٠	٨٥	١١٠	١٣٥	١٠
١٧	٤٢	١١	٣٦	٦١	٨٦		١١	٣٦	٦١	٨٦	١١١	١٣٦	١١
١٨	٤٣	١٢	٣٧	٦٢	٨٧		١٢	٣٧	٦٢	٨٧	١١٢	١٣٧	١٢
١٩	٤٤	١٣	٣٨	٦٣	٨٨		١٣	٣٨	٦٣	٨٨	١١٣	١٣٨	١٣
٢٠	٤٥	١٤	٣٩	٦٤	٨٩		١٤	٣٩	٦٤	٨٩	١١٤	١٣٩	١٤
٢١		١٥	٤٠	٦٥	٩٠		١٥	٤٠	٦٥	٩٠	١١٥	١٤٠	١٥
٢٢		١٦	٤١	٦٦	٩١		١٦	٤١	٦٦	٩١	١١٦		١٦
٢٣		١٧	٤٢	٦٧	٩٢		١٧	٤٢	٦٧	٩٢	١١٧		١٧
٢٤		١٨	٤٣	٦٨	٩٣		١٨	٤٣	٦٨	٩٣	١١٨		١٨
٢٥		١٩	٤٤	٦٩	٩٤		١٩	٤٤	٦٩	٩٤	١١٩		١٩
٢٦		٢٠	٤٥	٧٠	٩٥		٢٠	٤٥	٧٠	٩٥	١٢٠		٢٠
٢٧		٢١	٤٦	٧١	٩٦		٢١	٤٦	٧١	٩٦	١٢١		٢١
٢٨		٢٢	٤٧	٧٢	٩٧		٢٢	٤٧	٧٢	٩٧	١٢٢		٢٢
٢٩		٢٣	٤٨	٧٣	٩٨		٢٣	٤٨	٧٣	٩٨	١٢٣		٢٣
٣٠		٢٤	٤٩	٧٤	٩٩		٢٤	٤٩	٧٤	٩٩	١٢٤		٢٤
٣١		٢٥	٥٠	٧٥	١٠٠		٢٥	٥٠	٧٥	١٠٠	١٢٥		٢٥

الرعاية الذاتية			التنشئة الإجتماعية				اللغة					
٢٦	٥١	٧٦	١	٢٦	٥١	٧٦	١	٢٦	٥١	٧٦	١٠١	١٢٦
٢٧	٥٢	٧٧	٢	٢٧	٥٢	٧٧	٢	٢٧	٥٢	٧٧	١٠٢	١٢٧
٢٨	٥٣	٧٨	٣	٢٨	٥٣	٧٨	٣	٢٨	٥٣	٧٨	١٠٣	١٢٨
٢٩	٥٤	٧٩	٤	٢٩	٥٤	٧٩	٤	٢٩	٥٤	٧٩	١٠٤	١٢٩
٣٠	٥٥	٨٠	٥	٣٠	٥٥	٨٠	٥	٣٠	٥٥	٨٠	١٠٥	١٣٠
٣١	٥٦	٨١	٦	٣١	٥٦	٨١	٦	٣١	٥٦	٨١	١٠٦	١٣١
٣٢	٥٧	٨٢	٧	٣٢	٥٧	٨٢	٧	٣٢	٥٧	٨٢	١٠٧	١٣٢
٣٣	٥٨	٨٣	٨	٣٣	٥٨	٨٣	٨	٣٣	٥٨	٨٣	١٠٨	١٣٣
٣٤	٥٩	٨٤	٩	٣٤	٥٩		٩	٣٤	٥٩	٨٤	١٠٩	١٣٤
٣٥	٦٠	٨٥	١٠	٣٥	٦٠		١٠	٣٥	٦٠	٨٥	١١٠	١٣٥
٣٦	٦١	٨٦	١١	٣٦	٦١		١١	٣٦	٦١	٨٦	١١١	١٣٦
٣٧	٦٢	٨٧	١٢	٣٧	٦٣		١٢	٣٧	٦٢	٨٧	١١٢	١٣٧
٣٨	٦٣	٨٨	١٣	٣٨	٦٤		١٣	٣٨	٦٣	٨٨	١١٣	١٣٨
٣٩	٦٤	٨٩	١٤	٣٩	٦٥		١٤	٣٩	٦٤	٨٩	١١٤	١٣٩
٤٠	٦٥	٩٠	١٥	٤٠	٦٦		١٥	٤٠	٦٥	٩٠	١١٥	١٤٠
٤١	٦٦	٩١	١٦	٤١	٦٧		١٦	٤١	٦٦	٩١	١١٦	١٤١
٤٢	٦٧	٩٢	١٧	٤٢	٦٨		١٧	٤٢	٦٧	٩٢	١١٧	١٤٢
٤٣	٦٨	٩٣	١٨	٤٣	٦٩		١٨	٤٣	٦٨	٩٣	١١٨	١٤٣
٤٤	٦٩	٩٤	١٩	٤٤	٧٠		١٩	٤٤	٦٩	٩٤	١١٩	
٤٥	٧٠	٩٥	٢٠	٤٥	٧١		٢٠	٤٥	٧٠	٩٥	١٢٠	
٤٦	٧١	٩٦	٢١	٤٦	٧٢		٢١	٤٦	٧١	٩٦	١٢١	
٤٧	٧٢	٩٧	٢٢	٤٧	٧٣		٢٢	٤٧	٧٢	٩٧	١٢٢	
٤٨	٧٣	٩٨	٢٣	٤٨	٦٢		٢٣	٤٨	٧٣	٩٨	١٢٣	
٤٩	٧٤	٩٩	٢٤	٤٩	٧٤		٢٤	٤٩	٧٤	٩٩	١٢٤	
٥٠	٧٥	١٠٠	٢٥	٥٠	٧٥		٢٥	٥٠	٧٥	١٠٠	١٢٥	

التوقيـــــع

ملخص الدراسة

- المقدمة
- مشكلة الدراســـة
- هدف الدراســـة
- مصطلحات الدراسة
- فروض الدراســـة
- حدود الدراســـة
- أدوات الدراســـة
- الأساليب الإحصائية
- نتائج الدراســـة

ملخص الدراســـة

المقدمة:-

تهدف الرعاية في التدخل المبكر إلى تنمية شخصية الطفل وقدراته العقلية وحصيلتـــه اللغوية ومساعدة أسرة على إشباع حاجاته في الوقت المناسب والقدر المناسب وحمايته مـــن المعوقات الذهنيه. ويشترك في تقديم هذه الرعايـــة فريـــق مـــن الأخصـــائيين النفســـيين و الاجتماعيين والمعلمين والأطباء حيث يتم تشخيص حالة الطفل وأعداد البرنـــامج المناســـب لرعايته وأسرته . وقد أخذت دول كثيرة بأسلوب التدخل المبكر في الوقاية من التخلف العقلي. ويقوم التدخل المبكر على أساس الفروق الفردية بين الأطفال في النمو فكل طفل فريـــد مـــن نوعه ويحتاج إلي برنامج خاص به يقابل حاجاته ويناسب ظروفه الأسرية. وتـــهدف برامـــج التربية الخاصة في التدخل المبكر إلى ما تهدف إليه مناهج الخبرات التربويـــة فـــي ريـــاض الأطفال فهي تركز على تنمية الطفل المتخلف والمعرض للتخلف أو التأخر العقلي في نفـــس المجالات التي ينمو فيها الأطفال العاديين.

مشكلة الدراسة:-

من خلال هذه الدراسة سيتم الإجابة على السؤالين التاليين :ـــ

١.ما أهمية التدخل المبكر والتنبيه الذهني للأطفال المصابين بمتلازمة داون ؟

٢.ما أثر برنامج التدخل المبكر على تحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصـــابين بأعراض متلازمة داون ؟

هدف الدراسة:-

تهدف الدراسة إلى تقييم برنامج للتدخل المبكر والتنبيه الذهني للأطفـــال المصـــابين بأعراض متلازمة داون والتعرف على مدى فاعلية هذا البرنامج في تحسين مجـــالات النمـــو المختلفة لهؤلاء الأطفال ومنع تدهور نموهم العقلي.

مصطلحات الدراسة:-

التدخل المبكر:

ما يطلق علي كل الأطفال المعرضين للمخاطر الخاصة بالنمو أو العجز عن النمـــو، والتدخل يكون في الفترة ما بين لحظة التشخيص قبل الولادة والفترة التي يصل فيها الطفل

لسن المدرسة، وهذا يتضمن العملية كلها ابتداء من إمكانية التعرف المبكر والتتبع حتى لحظة التدريب والإرشاد.
(Eurlyaid- European Network on Early Intervention, 2001)

برنامــج بورتيدج:-

البورتيدج هو خدمة تعليمية لأطفال ما قبل المدرسة، تعتمد على الزيارة المنزلية والدعم الزائد لاحتياجاتهم واحتياجات أسرهم ٠

(وزارة التربية والتعليم، دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتاج)، إرشادات الإستخدام، ١٩٩٩، ٦)

متلازمة داون:-

متلازمة داون عبارة عن شذوذ خلقي مركب وشائع فـــي الكروموســوم ٢١ نتيجــة إختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحب لتخلف عقلي وقد تــم التعــرف عليــه لأول مــرة ووصفــه عام ١٩٦٦ عن طريق الطبيب جــون لانجــدون داونGohn Langedon Down.
(Baraitser & Winter, 1996, 1: 2) (Facts About Down syndrome, 2002)

فروض الدراسة:-

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية قبـــل وبعــد تطبيــق البرنامج في مجالات النمو المختلفة لصالح التطبيق البعدي.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطـــة في مجالات النمو المختلفة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معدلات النضج الإجتمـــاعي لأطفـــال المجموعـــة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مجـــالات النمـــو المختلفـــة للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في معدلات النضج الإجتماعي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

عينة الدراسة:-

البعد المكاني:

قسم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة - المركز القومي للبحوث.

عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من :

٩٠ طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم الزمنية بين "١ شهر - ٤٨ شهراً" مقسمين إلى مجموعتين:

- مجموعة تجريبية : تكونت من ٥٠ طفلاً وطفلة نصفهم ذكور ونصفهم إناث.
- مجموعة ضابطة: تكونت من ٤٠ طفلاً وطفلة نصفهم ذكور ونصفهم إناث.

وتراوح معدل النضج الإجتماعي لهم مابين "٤٥ - ٧٠".

البعد الزمني:

مدة تطبيق البرنامج عام في الفترة بين ٢٠٠٢/٥/١ - ٢٠٠٣/٥/١.

أدوات الدراسة:-

١. برنامج بورتيدج للتربية المبكرة - مولي وايت و روبرت.ج. كاميرون ١٩٩٣ .
٢. مقياس النضج الاجتماعي - فاينلاند - ترجمة فاروق صادق ١٩٥٣
٣. مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي - عبد العزيز الشخص ١٩٨٨.
٤. إستمارة تسجيل التقييم - إعداد الباحثة.

الاساليب الاحصائية:-

١. المتوسط الحسابي.
٢. الانحراف المعياري.
٣. اختبار (ت) T.test.

نتائج الدراسة:-

١- توجد فروق دالة إحصائياً عند (٠,٠١) بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج في مجالات النمو المختلفة لصالح التطبيق البعدي.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند (٠,٠١) بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي.

٣- توجد فروق دالة إحصائياً عند (٠,٠١) بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مجالات النمو المختلفة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً عند (٠,٠١) بين معدلات النضج الإجتماعي لأطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في بعض مجالات النمو وهي المجال الإدراكي، الحركي، التنشئة الإجتماعية، اللغة.

٦- توجد فروق دالة إحصائياً عند درجة (٠,٠٥) بين الذكور والإناث في المجموعة التجريبية في مجال الرعاية الذاتية لصالح الإناث.

٧- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في معدلات النضج الإجتماعي للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج.

3- There are statistically significant differences ($P< 0.01$) between children in the experimental group and the monitoring group in the different fields of development, before and after the synchronous period with the period of applying the program for the sake of the experimental group.

4- There are statistically significant differences ($P< 0.01$) between the experimental group and the monitoring group in the fields of social maturity after applying the program for the sake of the experimental group.

5- There are no statistical differences, between males and females in the experimental in the fields of growth which are the cognition, motor, social, and the language.

6- There are differences, which have statistically significance of ($P< 0.05$) between males and females in the field of the self help for the sake of females

7- There are no statistical differences, between males and females in the experimental group in the rates of social maturity after the applying the program.

The diagnosis of Down syndrome was confirmed by cytogenetic analysis.

Duration of the study:-

The duration of applying this program is between 1/5/2002 – 1/5/2003

Tools of the study:-

1- Portage Program For the Early Intervention – Molee Wight and Robert G. Cameron 1993.

2- The Social Maturity Scale- Finland- translated by Farouk Sadge 1953.

3- The Scale Of The Economic & Social Level- Abd El-Shakhs.

4- The evaluation Form.

Statistical Analysis:-

1- Mean & standard deviation.

2- The Median test.

3- T. Tests.

The study's results:-

1- There are statistically significant difference ($P < 0.01$) between the experimental group in the different fields of developments before and after applying of the Portage program.

2- There are statistically significant difference ($P < 0.01$) between the experimental group of the children in the fields of social maturity before and after applying the program for the sake of the dimensional applying.

The supposition of the study:-

1- There are differences which have statistically significance between the experimental group in the different fields of growth before and after the applying of the program for the sake of dimensional applying.

2- There are differences which have statistically significance between the experimental group of the children in the rates of social maturity before and after applying the program for the sake of the dimensional applying.

3- There are differences have statistically significance between children in the experimental group and the monitoring group in the different fields of growth, before and after the synchronous period with the period of applying the program for the sake of the experimental group.

4- There are differences which have statistically significance between the experimental group and the monitoring group in the rates of social maturity after the applying of the program for the sake of the experimental group.

5- There no differences, which has statistically significance between males and females in the experimental in the different fields of growth after applying the program.

6- There no differences, which have statistically significance between males and females in the experimental group in the rates of social maturity after the applying the program.

Methods & Procedure:-

1- Place of the study:
The Department Research on children with Special Needs, National Research Centre.

2- Sample of the study:-
Ninety (male & female) their ages ranged from 1 month – 48 months divided into two groups:
The experimental group: is formed of 50 children (25 male & 25 female).
The control group: is formed of 40 children (20 male & 20 female).

Summary

The introduction:-

The main objectives of early intervention is to develop the child's character, mental ability, and linguistic knowledge, helping to meet his needs in time. This will protect his mental abilities. A team of sychological sociologist, teachers and professional doctors are sharing in the diagnosis, preparing the suitable program to care for him and his family.

Many countries introduce the early intervention in fighting mental retardation. Early intervention is based on the individual differences between children in the sense of growth, as each child is a unique in his, needs for a special program to meet his needs and help his family. The programs of special education are subjected to early interference, of the procedures of educational experiences in kid's gardens focusing on the development of the retarded child.

The problem of the study

Through this study, there will be an answer for the two following questions:-

1- What is the importance of early intervention for the mental & cognitive abilities of children who had Down syndrome.

2- what is the effect of early intervention program on the different developmental fields (cognitive, motor, social, ...) of the children with the Down syndrome.

Aim of the study

The main aim of present study is to evaluate the (Portage) program of early intervention on children who had Down syndrome. Evaluation of effectiveness of this program in improving the different developmental fields for those children, in preventing the decline of their cognitive abilities.

The terms of the study

- **Early Intervention**
- **Portage Program**
- **Down syndrome**

Cairo University
Institute of Educational studies & Research
Psychological guidance department

A study summary for a master degree in Education
Filed of Specialization: Psychological counseling

Early Intervention and its relation with different developmental fields improvement in children with Down syndrome

Submitted by

Samah Nour Mohamed

For obtaining the master's degree in education field of specialization psychological counseling

Supervised by

Prof. Dr
Alaa El-Deen Kfafy
Professor in the psychological Counseling department institute of Educational studies & researchers
Cairo University

Prof. Dr
Farouk Abd El-Salam
Professor in the psychological Counseling department institute of Educational studies & researchers
Cairo University

-2003-